

被保険者記入用

被保険者情報	記号 被保険者証の(左づめ)	番号	生年月日
			□ 1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日
	フリガナ		
氏名			
住所	〒 都道 府県		
電話番号 (日中の連絡先) ※ハイフン除く			

振込先指定口座	金融機関名称		銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他（ ）		本店・支店 代理店・出張所・本店営業部 本所・支所																																								
	預金種別	☐ 1. 普通 ☐ 2. 当座	口座番号			左づめでご記入ください。																																							
	口座名義 ▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（・）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。） <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																												口座名義の区分 ☐ 1. 被保険者 ☐ 2. 代理人

「2. 代理人」の場合、必ず記入してください。

受取代理人の欄	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。																			
	氏名	令和 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> 年 月 日																			
〒 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> 住所									TEL（ハイフン除く） <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>												住所「被保険者情報」の住所と同じ。
代理人 (口座名義人)		氏名 (フリガナ)																			
		被保険者との関係																			

添付書類

- 日常生活・療養状況申立書
- 委任状（同意書）
- 念書

原本が必要となります。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者記入用

被保険者氏名

①傷病名

1つの記入欄に複数の傷病名を記入しないでください。

1)

2)

3)

②初診日

☐1. 平成
2. 令和年 月 日
[][][][][][]☐1. 平成
2. 令和

[][][][][][]

☐1. 平成
2. 令和

[][][][][][]

申請内容

③該当の傷病は病気（疾病）ですか、ケガ（負傷）ですか。

☐

1. 病気（発病時の状況）

2. ケガ⇒負傷原因届を併せてご提出ください。

④療養のため休んだ期間（申請期間）

令和 [][][][][][] 年 月 日 から

令和 [][][][][][] 年 月 日 まで

日数

[][][] 日間

⑤あなたの仕事の内容（具体的に）
（退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容）

① 上記の療養のため休んだ期間（申請期間）に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。

☐1. はい
2. いいえ

①-1

「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の対象となった（なる）期間をご記入ください。

令和 [][][][][][] 年 月 日 から

令和 [][][][][][] 年 月 日 まで

報酬額

[][][][][][][][][][][][] 円

② 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。

☐1. はい
2. 請求中
3. いいえ☐1. 障害厚生年金
2. 障害手当金②-1 「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった（なる）傷病名及び基礎年金番号等をご記入ください。
（「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号のみをご記入ください。）

傷病名

基礎年金番号

[][][][][][][][][][][][]

年金コード

[][][][]

支給開始年月

1. 昭和
2. 平成
3. 令和 [][][][] 年 月

年金額

[][][][][][][][][][][][] 円

確認事項

③ （健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。）
老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。☐1. はい
2. 請求中
3. いいえ③-1 「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください。
「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみをご記入ください。

基礎年金番号

[][][][][][][][][][][][]

支給開始年月

1. 昭和
2. 平成
3. 令和 [][][][] 年 月

年金額

[][][][][][][][][][][][] 円

④ 労災保険から休業補償給付を受けていますか。（または過去に受けたことがありますか。）

☐1. はい 2. いいえ
3. 労災請求中

④-1 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元（請求中）の労働基準監督署をご記入ください。

労働基準監督署

埼玉県金属加工健康保険組合

「事業主記入用」は3ページに続きます。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

事業主記入用

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名																														
	勤務状況 【出勤は○】で、【有給休暇は△】で、【公休は休】で、【欠勤は×】でそれぞれ表示してください。																														
	令和		年		月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	出勤	有給							
	令和		年		月		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	出勤	有給						
	令和		年		月		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	出勤	有給						
令和		年		月		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	出勤	有給							
上記の期間に対して、賃金を支給しました（します）か？		☐ はい ☐ いいえ		給与の種類		☐ 月給 ☐ 日給 ☐ 日給月給		☐ 時間給 ☐ 歩合給 ☐ その他		賃金計算		締日		支払日		1. 当月 2. 翌月		日		日											
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。																															
支給した（する）賃金内訳	期間	単価		月		日		月		日		月		日		月		日		月		日		月		日					
	区分	単価		月		日		月		日		月		日		月		日		月		日		月		日					
	基本給	単価		月		日		月		日		月		日		月		日		月		日		月		日					
	通勤手当	単価		月		日		月		日		月		日		月		日		月		日		月		日					
	手当	単価		月		日		月		日		月		日		月		日		月		日		月		日					
	手当	単価		月		日		月		日		月		日		月		日		月		日		月		日					
	手当	単価		月		日		月		日		月		日		月		日		月		日		月		日					
	手当	単価		月		日		月		日		月		日		月		日		月		日		月		日					
現物給与	単価		月		日		月		日		月		日		月		日		月		日		月		日						
計	単価		月		日		月		日		月		日		月		日		月		日		月		日						
賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）についてご記入ください。																															
担当者氏名																															
上記のとおり相違ないことを証明します。																															
事業所所在地																															
事業所名称																															
事業主氏名																															
電話番号 ※ハイフン除く																															

健康保険 傷病手当金 支給申請書

療養担当者記入用

療養担当者が意見を記入するところ

患者氏名

傷病名

②初診日

発病または
負傷の年月日

労務不能と
認めた期間

うち入院期間

発病または
負傷の
原因

療養費用
の別

転帰

診療実日
数（入院
期間を含
む）

診療及び
入院して
いた日を
○で囲ん
でくださ
い。

上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）

手術年月日

退院年月日

症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められる医学的な所見

人工透析を実施
または人工臓器を装
着したとき

人工透析の実施または人工臓器を装着した日

人工臓器等
の種類

□人工肛門 □人工関節
□人工骨頭 □心臓ペースメーカー
□人工透析 □その他（ ）

上記のとおり相違ありません。

医療機関所在地

医療機関の名称

医師の氏名

電話番号
※ハイフン除く