

健康保険傷病手当金支給申請書

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号 2000	番号 〇〇〇〇	所属事業所名 株式会社 セールスフォース・ジャパン
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎		生年月日 昭和59年10月6日
	申請者住所 電話番号 等 (日中の連絡先)	〒 123-4567 東京都 〇〇区 ×× 1-2-3 電話 090 (〇〇〇〇) ◆◆◆◆		
	社員番号	△△△△	メールアドレス	××××@◆◆.co.jp

申請内容	傷病名	1) 右大腿骨頸部骨折 2) 3)	発病または 負傷年月日	令和5年5月10日 平成・令和 年 月 日 平成・令和 年 月 日
	発病または 負傷の原因	自宅階段で足を踏み外して転倒した		
	傷病の原因に ついて	☒ 私傷病 ☐ 交通事故 ☐ 第三者行為 ☐ 労災(労働基準監督署へ届出が必要です。) 交通事故・第三者行為の場合 申請前に健康保険組合へご連絡ください。 労災支給元(申請先) 労働基準監督署		
	傷病のため 休んだ期間	令和5年5月11日 から 令和5年5月31日 まで 21 日間		
	■上記の傷病のため休んだ期間に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。		はい・いいえ	
	「はい」と答えた方は、報酬額と報酬支払期間を記入してください。		報酬額	10,000 円
	報酬支払期間	令和5年5月1日 から 令和5年5月31日 まで 31 日間		
	■障害年金・障害手当金または老齢年金等を受給していますか。または請求中ですか。		受給中・請求中・どちらでもない	
	受給中・請求中の方は下記に記入してください。			
	年金等の種別	1. 障害年金 2. 障害手当金 3. 老齢年金 4. その他()		
	傷病名	年金額		
	基礎年金番号	支給開始日	令和 年 月 日	
■雇用保険または労災保険から給付金を受給していますか。または請求中ですか。		受給中・請求中・どちらでもない		
給付等の種別	1. 失業給付 2. 休業補償給付 (労働基準監督署) 3. その他()			

※給与口座以外の口座にお振込み希望の場合は下記にご記入ください

振込先情報	金融機関コード	〇〇〇	支店コード	△△△
	金融機関名称	×××	銀行 信用金庫	〇〇 本店 支店
	預金種別	普通 当座 その他 ()	口座番号 1234567	口座名義 (カタカナ) ケンポ タロウ

備考	個人番号 (被保険者等記号番号を記入した場合は記入不要)	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。	
	①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点	

受付日付印

セールスフォース健康保険組合

■療養を担当した医師に意見と証明をもらってください。

療養担当医師の意見	患者氏名		発病または 負傷年月日	平・令	年	月	日		
	傷病名	1)	この欄は、療養を担当した医師に 記入を依頼してください					日	
		2)						日	
		3)						日	
	発病または 負傷の原因								
	労務不能と 認めた期間								日
	入院した場合はその期間								日間
	傷病の主たる症状及び経過 治療内容等								
症状経過からみて従来の職 労務不能と認められた医学 上の理由									
上記のとおり相違ない 令和 年 月 日									
医師の氏名									

■お勤め先の事業主に証明をもらってください。

事業主証明欄	被保険者氏名							
	勤務状況【出勤は○】・【有給は△】・【公休は公】・【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。						出勤	有給
	令和 年 月 日	この欄は、お勤め先の事業主に 証明を依頼してください					日	
	令和 年 月 日						日	
	令和 年 月 日						日	
	上記の期間に対し						日	
	給与の種類						日	
	上記の期間中にか かる分として 支払った報酬 (給与・賃金等)						日	
	現在まで、または 将来も支給しない 場合はその理由						日	
	賃金計算方法 (欠勤控除等)						日	
上記のとおり相違 ない 令和 年 月 日	日							
事業主氏名								

【事業主の方へ】

- 労務に服さ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。
- 勤務状況は出勤簿の写しの添付があれば記入は不要です。
- 賃金台帳の写しを添付してください。

社会保険労務士の提出代行欄