

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 ページ

被保険者記入用

傷

被保険者が病気やケガのため仕事に就くことができず、給与が受けられない場合の生活保障として、給付金を受ける場合にご使用ください。
なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

この申請書は、令和5年1月以降にご使用ください。

| | | | | |
|-------------|------------------|---|---------------------------------|---|
| 被保険者(申請者)情報 | 被保険者証 | 記号(左づめ) <input type="text"/> | 番号(左づめ) <input type="text"/> | 生年月日 <input type="text"/> 1.昭和 <input type="text"/> 2.平成 <input type="text"/> 3.令和 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 |
| | 氏名 (カタカナ) | <input type="text"/> | | |
| | 氏名 | ※申請者はお勤めされている(いた)被保険者です。 被保険者がお亡くなりになっている場合は、 相続人よりご申請ください。 | | |
| | 郵便番号 (ハイフン除く) | <input type="text"/> | 電話番号 (左づめハイフン除く) | <input type="text"/> |
| | 住所 | 都 道 府 県 | | |

| | | | | |
|---------|-----------------------------------|------------------------------|----------------------|---------------------------------|
| 振込先指定口座 | 振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。 | | | |
| | 金融機関名称 | 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 () | 支店名 | 本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所 |
| 預金種別 | <input type="text"/> 1 普通預金 | 口座番号 (左づめ) | <input type="text"/> | |

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。
ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

2 ページ目に続きます。 >>>

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の
提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

| | | | |
|----------------|--------------------------|--|-------------------------|
| MN確認 (被保険者) | <input type="checkbox"/> | 1. 記入有(添付あり) 2. 記入有(添付なし) 3. 記入無(添付あり) | |
| 添付書類 | 職歴 | <input type="checkbox"/> | 1. 添付 2. 不備 |
| | 戸籍 (法定代理) | <input type="checkbox"/> | 1. 添付 |
| | 年金 | <input type="checkbox"/> | 1. 添付 2. 不備 |
| | 労災 | <input type="checkbox"/> | 1. 添付 2. 不備 |
| | 口座証明 | <input type="checkbox"/> | 1. 添付 |
| | その他 | <input type="checkbox"/> | 1. その他 (理由) |
| | | | 枚数 <input type="text"/> |

6 0 1 1 1 1 0 1

受付日付印

(2022.10)