

記入例

健康保険傷病手当金支給申請書（第1回）

被保険者が記入するところ	被保険者等 記号番号	記号 10	コーポレートID 11000001	生年月日	昭和 平成 令和	年 4	月 8	日 1	2	2	2								
	被保険者 氏名	フリガナ ケンポ ヤスコ 健保 保子																	
	被保険者 住所	〒 105-0023 東京都港区芝浦1-2-2 電話 03 (1234) 5678																	
	事業所名	〇〇〇〇株式会社																	
	部署名	△△△△部署 2222																	
	傷病のため 休んだ期間	令和 1 年 11 月 1 日 ~ 令和 1 年 11 月 30 日 30 日間																	
申請内容	傷病名	1 ● ● ● ● 病				発病または 負傷年月日	平成 令和	0	1	年	0	5	月	0	1	日			
		2 ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ 病					平成 令和	0	1	年	0	5	月	1	5	日			
		3					平成 令和			年			月			日			
	発病または負傷 の原因を詳しく	発症または負傷の状況について詳しく記入してください										交通事故等 第三者が原因	いいえ ・ はい						
	上記の傷病のため休んだ期間の報酬を受けましたか	現在まで				受けた ・ 受けない													
	または今後受けられますか	今後				受けられる ・ 受けられない													
◎上記で報酬を受けたまたは受けられると回答され方は下記に報酬支払期間と報酬額を記入してください																			
報酬支払期間	令和 1 年 11 月 1 日 ~ 令和 1 年 11 月 15 日 15 日間																		
受けた報酬額	75,000 円								受ける報酬額	円									
◎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 未請求																			
※受給中・請求中の方は下記に記入してください																			
年金	障害年金、老齢年金を受給中の方は、年金決定通知書や年金証書の写しもご提出ください																		
基礎年金番号									支給開始日	平成 令和			年			月			日
◎労災保険から休業補償給付を受けていますか、または請求中ですか いいえ ・ はい																			
※はいの方は支給元（請求元）の労働基準監督署を右記に記入してください 労働基準監督署																			

令和 1 年 12 月 15 日提出
受付日付印

被保険者の生活費を保障するための給付につき1ヶ月毎に請求してください

健保記入欄	被保険者加入期間	□12ヶ月以上 □12ヶ月未満		健保組合平均標準報酬月額	千円		
	被保険者平均標準報酬月額	千円		報酬	有 無	支給日額	円
	支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間					
	支給金額	円					

シミックグループ健康保険組合

事業主の証明	被保険者氏名		事業主の証明欄 ※被保険者は未記入のまま ご提出下さい			
	労務に服さなかった期間			日間		
	労務に服さなかった期間 賃金を支給しました()			日		
	報酬の種類			)		
	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)			支払日		
				月 日		
				月 日		
				月 日		
				月 日		
上記の通り相違ないことを証明する。			令和	年	月	日
事業所所在地						
事業所名称						
事業主氏名						
電 話						
医師が証明	患者氏名			日		
	傷病名	1		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			日間		
	入院した場合はその期間			日間		
	診療実日数			止 転医		
	診療実日数0とした場合					
	費用			)		
主たる症状および経過 と治療内容検査結果 療養指導等を詳しく						
労務不能と認められ 医学的な所見						
上記のとおり相違ないことを証明する。			令和	年	月	日
医療施設の所在地						
医療施設の名称						
医師もしくは助産師の氏名						
電 話						