健康保険傷病手当金支給申請書（第 1 回）

被保険者等記号・番号	10　12345	所属事業所名	日本板硝子株式会社　〇〇事業所
被保険者（請求者）の氏名	日板　健一	被保険者（請求者）の住所	〒167-0051 東京都杉並区〇〇1-3-5
標準報酬月額	750 千円	発病又は負傷年月日	令和 6 年 9 月 5 日
資格取得年月日	昭・(平) XX 年 4 月 1 日	傷病名	XXX病
被保険者の業務の種別	営業職（事務職、営業職、製造etc.）	発病又は負傷の原因	不詳
		療養のため労務に服することができなかった期間（申請期間）	令和 6 年 9 月 9 日から 令和 6 年 11 月 10 日まで　63 日間

老齢年金等・同一疾病による障害年金等・雇用保険の受給の有無（該当に〇）	(有)・無	老齢年金等・障害年金等に〇印の方のみ記入	受給開始日：令和 6 年 10 月 1 日
種類（該当に〇）　老齢年金等　(障害年金等)　雇用保険		障害年金等の受給の原因となった傷病名〔 XXX病 〕	
		受給額（日額）　6,948 円 ×（日数）　25 日 ＝	173,700 円

（老齢年金、障害年金等を受給されている場合、ご記入下さい。）

事業主が証明する欄

労務に服さなかった期間	令和 6 年 9 月 9 日から 令和 6 年 11 月 10 日まで　63 日間

出勤は〇、有給は△、有給の病気欠勤は＝、欠勤は—、公休は公でそれぞれ表示してください。

		出勤	有給
6 年 9 月	公 ② ③ △ △ △ 公 公 △ △ △ △ △ 公 公 公 ~~17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30~~ 31	計 2 日	28 日
6 年 10 月	~~1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31~~	計 0 日	16 日
6 年 11 月	~~1 2 3 4 5 6 7 8 9 10~~ 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 0 日	0 日

上の期間中分として報酬を全額又は一部支給した場合又は支給する場合	(自) 令和　年　月　日	(至) 令和	日間　円支給
	(自) 令和 6 年 10 月 17 日	(至) 令和 6 年 11 月 10 日	25 日間　支給せず

（給与の締め等、計算しやすい単位でご記入ください。）

上記の通り相違ないことを証明します。

令和 6 年 12 月 9 日

（日付は必ず記入してください。）

事業主所在地

名称・氏名

事業主の証明（ゴム印可）

療養を担当した医師の意見欄

傷病名	XXX病	発病又は負傷の原因	不詳
発病又は負傷の年月日	令和 6 年 9 月 5 日	療養の給付開始年月日	令和 6 年 XX 月 XX 日
労務不能と認めた期間	令和 6 年 9 月 9 日から 令和 6 年 11 月 10 日まで　63 日間	左記期間中の診療実日数等	3 日間　診療日 ※入院であればその期間〔 9/9、9/24、10/22 〕
傷病の主症状及び経過概要	お手数ですが、上記期間の労務不能と認められた医学的な所見をご記入願います。 労務不能と認めた期間中における「主たる症状及び経過」、「治療内容、検査結果、療養指導」等　詳しくご記入ください。		
支給決定上の参考事項			

上記の通り相違ないことを証明します。

令和 6 年 12 月 20 日

（日付は必ず記入してください。）

医療機関所在地　〒167-0051

医療機関名称　東京都杉並区〇〇1－9－5　鈴木クリニック

医師の氏名　院長　鈴木　一郎

電話番号　03-1234-5678

↓退職後に請求のある場合のみご記入ください。（任意継続被保険者は記入不要です。）

被保険者（請求者）に対する支払金融機関の欄

金融機関名	銀行・農協 金庫・信組	本店・支店 出張所	口座種別　1. 普通　2. 当座
口座番号		口座名義	フリガナ

（退職後に請求する場合は記入してください。）

受取代理人の欄

本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

令和　年　月　日

被保険者（申請者）　住所　氏名

受取人情報	代理人の氏名	委任者と代理人の関係
	代理人の住所	〒　—

令和 6 年 12 月 25 日提出

（日付は必ず記入して下さい。）

事業所担当者		