健康保険　傷病手当金・傷病手当金付加金 支給申請書(第 1 回)

※在籍期間の申請については会社へご提出ください。

被保険者記入用

被保険者等	(記号) 000 — (番号) 1234567	(記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください) — — —	
被保険者氏名	健保　太郎	生年月日	(1.昭和) 2.平成 46 年 1 月 5 日 (満 53 歳)
		事業所名称	ＡＢＣ株式会社
		仕事内容	営業担当
療養のために休んだ期間(申請期間)	令和 5 年 12 月 1 日から 令和 5 年 12 月 31 日まで 日間	左記に休んだ期間(申請期間)の報酬は	□受けない ・ □受けた(報酬額 円)
傷病名	骨折	発病・負傷年月日	令和 5 年 12 月 1 日 ・ 不明
傷病の原因	いつ、どこで、等具体的に記入してください。 休日に自宅庭の掃除をしていたところ、段差でつまずき転倒した。		
	該当するものに ✔ してください。(必須) ☑ 私傷病 □ 通勤途中・仕事中 ⇒ ❶へ □ 第三者行為(交通事故・けんか等) ⇒ ❷へ		
	◎傷病の原因が「通勤途中・仕事中」と答えた方のみ記入してください。 ❶ 労働災害、通勤災害の申請はしていますか。	□申請中 □申請予定 □申請していない(理由：)	
	◎傷病の原因が「第三者行為(交通事故・けんか等)」と答えた方のみ記入してください。 ❷「第三者の行為による傷病届」は提出していますか。	□いいえ □はい	
確認事項	※傷病名にかかわらず必ず記入してください。(必須) 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。	☑いいえ □請求中 □はい(傷病名：)	
	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。	☑いいえ □請求中 □はい	

上記のとおり申請します。

令和 6 年 1 月 10 日

パレット健康保険組合　理事長殿

住所　〒 000 － 3333

東京都豊島区池袋１丁目 2-3□△マンション 123

電話番号(日中の連絡先) 080 (0000) 1111

被保険者氏名(申請者) 健保　太郎

◎在籍者の方は会社を通じての支給となりますので、委任状欄に記入してください。

委任状

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

被保険者氏名(申請者)

受領代理人氏名

(会社が受領代理人として届出ている人)

※退職者の方のみ振込口座を指定してください。(任意継続被保険者の方は登録口座へお振込いたしますので、記載は不要です。)

退職者記入欄

□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑。利用しない場合は下記の欄を記入。)※口座情報の反映には日数を要します。

振込先					
金融機関コード	0000	支店コード	001	フリガナ	ｹﾝﾎﾟ　ﾀﾛｳ
金融機関名	パレット 銀行・信用金庫	支店名	池袋 本店・支店	口座名義	健保　太郎
預金種別	普通・当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7		

健保記入欄

受付番号

受付日付印

健康保険　傷病手当金・傷病手当金付加金 支給申請書（第　　回）

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記入してください。賃金台帳（写）及び勤怠表（写）を添付する場合は、①賃金の支払状況 ②勤怠状況を記入する必要はありません。ただし、③事業主の証明は必ず記入してください。

事業主の記入欄

記入は不要です。

被保険者氏名			

①賃金の支払状況

		令和　　年　　月　　分 （　　/　　～　　/　　）	令和　　年　　月　　分 （　　/　　～　　/　　）	令和　　年　　月　　分 （　　/　　～　　/　　）
固定的賃金	基本給			
	通勤手当	1ヶ月　　円 日割　　円	1ヶ月　　円 日割　　円	1ヶ月　　円 日割　　円
	その他手当　前払退職金			
	その他手当　パレット会費			
	その他手当　　手当			
	その他手当　　手当			
非固定的賃金	時間外手当			
	その他手当　　手当			
	その他手当　　手当			
勤怠控除（－）		（　日）	（　日）	（　日）
支給額合計				
勤怠控除計算式				

②勤怠状況

【出勤は○】【欠勤は×】【有給休暇は△】【定休は●】【遅刻・早退は▲】【休職は―】でそれぞれ表示してください。

月	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	出勤　日 欠勤　日	有給　日 定休　日
月	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	出勤　日 欠勤　日	有給　日 定休　日
月	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	出勤　日 欠勤　日	有給　日 定休　日

③事業主の証明（必ずご記入ください）

被保険者の報酬形態	1.月給　2.日給　3.日給月給　4.時間給　5.歩合給　6.その他（　　）
給与締切日及び支払日	締　日　　　日　支払日　□当月　□翌月　（　日）
労務に服さなかった期間	令和　年　月　日　～　令和　年　月　日　（　日間）
上記期間中の報酬支給状況	令和　年　月　日　～　令和　年　月　日　（　円）

上記の通り相違ないことを証明いたします。　〒　　－

令和　　年　　月　　日

事業所所在地

事業所名称

代表者氏名

電話番号　（　　番　　）

社会保険労務士提出代行者名	

健康保険組合の記入欄

	支給期間	日数	手当日額	支給額	事業主支給額	差引支給額
傷病手当金	/　～　/					
	/　～　/					
付加金	/　～　/					
	/　～　/					
					支給額合計	

健康保険　傷病手当金・傷病手当金付加金 支給申請書(第　　回)

療養担当者(医師など)記入用

療養を担当した医師の意見

患者氏名	
傷病名	労務不能と認めた傷病名のみ記入してください。
発病、又は負傷の年月日	平成・令和　　年　　月　　日
療養の給付を開始した年月日	平成・令和　　年　　月　　日　初診
発病、又は負傷の原因	
労務不能であった期間や診療日数等	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで　　日間　左記期間の診療実日数　　日間 ※0日の場合は以下に理由を詳しく 診療日数0日の場合の理由（詳しく） 診療年月日を記入してください 月 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 月 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 月 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 上記期間中に入院している場合はその期間 令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日からまで　　日間
労務可能と思われる時期 当てはまる方に✔と日付を記入	☐ 令和　　年　　月　頃　から労務可能 ☐ 今のところ不明
働くことができない理由について出来るだけ詳しく記入してください。	上記期間中における「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） 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た医学的な所見
人工透析を実施または人工臓器等を装着したとき	人工透析を実施、または人工臓器を装着した日　平成・令和　　年　　月　　日 ア. 人工肛門　イ. 人工膀胱　ウ. 人工関節　エ. 人工骨頭 オ. 心臓ペースメーカー　カ. 人工透析 キ. その他　（　　）

上記のとおり相違ありません。

【証明日】　令和　　年　　月　　日

〒　　－

住所(所在地)

医　師　　医療機関名

氏　　名

電話番号　　（　　）

医療機関へ証明いただくよう依頼してください。

※療養担当者(医師など)記入用欄を訂正する場合は、証明をした医師の訂正印を押印してください。