

傷病手当金支給申請書

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） 記 入 欄	記号一番号	999 - 4321	フリガナ	ケンボ タロウ	生年 月日	昭和・平成	
	社員番号	123456	氏名	健保 太郎	51	年 2 月 13 日	
	住所	〒 503 - 0916 岐阜県大垣市日の出町1-1			TEL	0584 - 81 - 3124	
	傷病名	右大腿骨骨折			初診日	平成・令和 6 年 1 月 23 日	
	⇒ 上記傷病は第三者行為（交通事故や喧嘩など）によるものである <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
	療養のため 休んだ期間 （申請期間）	令和 6 年 1 月 23 日 ~ 令和 6 年 2 月 20 日 29 日間 ⇒ 休んだ期間中に有給休暇を取得（または労働）した場合、下記の報酬受取期間を記入してください					
	報酬受取期間	令和 6 年 1 月 23 日 ~ 令和 6 年 2 月 7 日 12 日間					
	傷病手当金 の受給歴	過去に傷病手当金を受給したことがある <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はいの場合は、以前受給した際の傷病名を記入してください。 ⇒ 急性虫垂炎					
	障害厚生年金または 障害手当金の受給	<input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> 受給していない 障害厚生年金または障害手当金を受給（申請）中の方は ⇒ 受給の原因となった傷病名を記入してください					
	老齢または退職を事由と する公的年金の受給	<input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> 受給していない ※障害厚生年金・障害手当金・老齢年金・退職年金を受給（申請）中の方は支給額の方を添付してください					
	勤務状況及び賃金支給状況については、これを証明するため、事業主が被保険者に代わって勤怠表及び給与明細書の写しをイビデン健康保険組合に提出することを同意します。 <input checked="" type="checkbox"/> ※上記事項に同意する場合は右の□にチェックをしてください。						
	◎在職者のみ記入してください						
	傷病手当金の受給については、事業主に委任し、給与内に振込みすることに同意します。 ※上記事項に同意する場合は右の□にチェックをしてください。 <input checked="" type="checkbox"/>						
	◎退職者（退職予定）の方・任意継続者の方のみ記入してください						
	振込先	銀行・信金・農協			本店・支店・出張所		
預金種別	普通・当座	口座番号		口座名義	※カタカナで記入		

被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、右枠へ記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です）

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

健 保 記 入 欄	健保で記入しますので、 こちらには記入しないでください。									

常務理事	担当

受付日付印

令和 年 月 日から

事業主証明欄

事業主が証明しますので、
こちらには記入しないでください。

代表者氏名

【添付書類】 ・ 労務に服さなかった期間の勤怠表のコピーと給与明細書のコピー

傷病名

療養を担当した医師の証明欄

主治医の医師から
証明を受けてください。

電話番号