# 傷病手当金支給申請書の記入 等について

健康保険 傷病手当金 支給申請書

	被保険者証	記号番号		所属事業所	〇〇〇株式会社 〇〇支店				
被保険者情報		•• ××××		及び部署名	及び部署名 電話(内線) 03-1234-5678 (99		78 (999	9)	
	T. #	フリガナ ケンポ <b>タロウ</b>		生年月日	昭和	- h	•• "		
	氏名	健保 太郎			平成	<b>*</b>	●● 月	•• Р	
情	申請者住所 電話番号 等	〒123-4567	区〇〇町1-2-	ション456号室					
**	(日中の連絡先)	, A.M. B. O. O.		電話 03 (		2345			
	社員番号	1234567			メールアトレス	○○△△@○○.ne.jp			
	1) 右大腿部骨折		AT AL HC			平衡	年 🌰	Ħ	<ul><li>B</li></ul>
	傷病生	2) 右橈骨遠位端骨折			発病または 負傷年月日	<b>∓</b> ⊕ •	年 🌘		<b>8</b>
	偏州石	2) 石使有速位编有切				平分	年年	月	8
	発病または	1110				第三者の行為			_
	負傷の原因	自宅の階段で足を踏み外し落			_	によるものですか	はい	110	(元)
	傷病のため					年5月31日	まで	31	日間
	休んだ期間 や和 単年 5 月 1 日 カ			- 1/1					
	上記の傷病のため休んだ期間の報酬を受けましたか。 または今後受けられますか。			現在まで	受けた・受けない				
	■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				今後 顧支払期間と報酬額	受けられる 受けられない			
申請內									
內容	報酬支払期間	令和	● 年 5 月 2 日	カ	ら 令和 🛑	年 5 月 10 日	主で	9	日間
	受けた報酬額	96	5,000	円	受けられる報酬額				円
				77.00					
	■陳書年金・陳書手当金主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 ・ どちらでもない								
	受給中・請求中の方			em almost str. A.	n de de de A	11/			
	年金等の種別	1. 陸	<b>書年金</b> 2.	障害手当金	3. 老齡年金	4. その他(		)	
	傷病名 基礎年金番号				年金額 支給開始日		年	Ħ	В
	参照中主合う  ■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。					141	_		
	■カ火味機から休果側負給付を受けていますが。または請求中ですが。 「はい」と記入した方は支給元(請求先)の労働基準監督署を記入してください。					はい・しいた 労働基準監督署			
	「けいレデストたち	计专绘示(接收)	生)の労働其権賠	各事を記入1:	てくが出い			岩桶加	准贮存票
<b>*</b> 5	「はい」と記入した方 領委任する場合は、			督署を記入し	てください。			労働基	準監督署
1		委任状に記入し	て下さい		てください。	月日		労働基	準監督署
委任	領委任する場合は、 本申請に基づく給付金 被保険者(申	委任状に記入し とに関する受領を 3 請者)	て下さい			月 日		労働基	準監督署
<b>æ</b>	領委任する場合は、 本申請に基づく給付金	委任状に記入し とに関する受領を 申請者)	て下さい 下記代理人に委任し			Я в		労働基	準監督署
委任状 扳	顔委任する場合は、 本申請に基づく給付金 被保険者(明 代理/ (実際に給付を到	委任状に記入し とに関する受領を 申請者)	て下さい 下記代理人に委任し 氏 名		令和 年	月日本店	女庄兴		
委任状 振込先	領委任する場合は、 本申請に基づく給付金 被保険者(明 代理/	委任状に記入し をに関する受領を 申請者) 、 、 、 、 (領する者)	て下さい 下記代理人に委任し 氏 名	.±†.			支店番号		123
委任状 振込先	顔委任する場合は、 本申請に基づく給付金 被保険者(明 代理/ (実際に給付を到	委任状に記入し とに関する受領を 調情者) (御する者)	て下さい 下記代理人に委任し 氏名 氏名	銀 行	令和 年	本店	100		123
委任状 振込先情報	概要任する場合は、 本申請に基づく給付金 被保険者(申 代理) (実際に給付を寄 金融機関名称 預金種別	委任状に記入した問する受領を に関する受領を 調査者) ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	て下さい 下記代理人に委任し 氏名 氏名	銀 行信用金庫	<b>会和</b> 年	本店支店口座名義	100	3	123
委任状 振込先情報	御祭任する場合は、 本申請に基づく給付金 被認練者(年 代理) (実際に給付を第 金融機関名称 別金権別)	委任状に記入した問する受領を に関する受領を 調査者) ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	て下さい 下記代理人に委任し 氏名 氏名	銀 行信用金庫	<b>今</b> 和 年	本店 支店 口座名義 (カタカナ)	7	3 ンポタロウ	123
委任状 振込先情報	概要任する場合は、 本申請に基づく給付金 被保険者(申 代理) (実際に給付を寄 金融機関名称 預金種別	委任状に記入した問する受領を に関する受領を 調査者) ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	て下さい 下記代理人に委任し 氏名 氏名	銀 行信用金庫	<b>会和</b> 年	本店支店口座名義	100	3	123
委任状 摄込先情報 寮 蹇卷	御祭任する場合は、 本申請に基づく給付金 被認練者(年 代理) (実際に給付を第 金融機関名称 別金権別)	委任状に記入した問する受領を に関する受領を 調査者) ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	下下さい 下記代理人に委任し 氏名 氏名 氏名	無 行 信用金庫 口座番号	令和 年 1234567 発売または 食優年月日	本店を支信の定名義(カタカナ)	7	3 ンポタロウ	123
委任状 摄込先情報 寮 蹇卷	御祭任する場合は、 本申請に基づく給付金 被認練者(年 代理) (実際に給付を第 金融機関名称 別金権別)	委任状に記入した問する受領を に関する受領を 調査者) ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	で下さい 下記代理人に事任し 氏 名 氏 名 氏 名	無行 信用全庫 口座番号	今和 年 1234567 発育または 食盛年月日	本店を支信の定名義(カタカナ)	ケ	子 ンポタロウ 月	123 ,
委任状 振込先情報	御祭任する場合は、 本申請に基づく給付金 被求験者(年 代理 (実際に給付を等 金融機関名称 預金種別 (薬を担当した医師) 患者氏名	委任状に記入した問する受領を に関する受領を 調査者) ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	で下さい 下記代理人に事任し 氏 名 氏 名 氏 名	無行 信用全庫 口座番号	令和 年 1234567 発売または 食優年月日	本店を支信の定名義(カタカナ)	年年	子 ンポタロ! 月 月	123 ,
委任状 振込先情報 寮 寮 担当医師の	御祭任する場合は、 本申請に基づく給付金 被求験者(年 代理 (実際に給付を等 金融機関名称 預金種別 (薬を担当した医師) 患者氏名	委任代に記入した。 に関する受領を 請者を ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	T下さい 下記代理人に事任し 氏名 氏名 氏名 てください。	無行 信用全庫 口座番号	今和 年 1234567 発育または 食盛年月日	本店を支信の定名義(カタカナ)	年年年	子 ンポタロウ 月 月	123 7
委任状 振込先情報 藤 寮養担当医師の	側郵任する場合は、 本申請に基づく給付金 被乗除者(年 代理。) (実際に給付を参 金融機関名称 別金種別) (業を担当した医師) 患者氏名 (傷雨名	委任代に記入した。 に関する受領を 請者を ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	T下さい 下記代理人に事任し 氏名 氏名 氏名 てください。	無行 信用全庫 口座番号	今和 年 1234567 発育または 食盛年月日	本店を支信の定名義(カタカナ)	年年年	子 ンポタロウ 月 月	123 7
委任状 製込先情報 療養担当医師の 事	側委任する場合は、 本申請に基づく給付金 被定級者(年 (実際に給付を超 金融機関名称 別金種別 (業等と相当した医師) 患者氏名 (各用名 (各用名 (各用名)	委任代に記入したに関する受領を 開着者) ・ 選連 そ・ で で 見と証明を ・ 工 で 見と証明を ・ 工 で 見と証明を ・ 工 で 見と正明を	て下さい 下記代理人に委任 氏 名 氏 名 氏 名 氏 名 た 名 た 名 た 名 た 名 た 名 た 名 た 名 た 名 た 名 た	無行の関係を表現して、一般のでは、一	令和 年  1234567  発育または 倉盛年月日  でください	本店支店口乗名の (カタカナ)	年年年	3 <sup>3</sup> ンポタロ <sup>3</sup> 月 月 月	123 ) H H H
委任状 製込先情報 療養担当医師の 事	概要任する場合は、 本申請に基づく給付金 被定級者(年 (実際に始性を重 金融被関名称 到金種別 (養を担当した医師) 患者氏名 傷病名 傷病名 の事業主に 依保険者氏名 動的先の事業主に 依保険者氏名	委任状に犯入した。 に関する受領を 議者) ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	T下さい 下記代理人に事任し 氏 名 氏 名 氏 名 氏 名 た 名 た 名 ともらってください。	無行 は、療 は、療 は、療 が依頼し	今和 年 1234567 発育または 食盛年月日	本店 支店 ロ座名義 (カタカナ) 平・令 と <b>医師</b> に	年年年	子 ンポタロウ 月 月	123 7
委任状 製込先情報 療養担当医師の 事	概要任する場合は、 本申請に基づく給付金 被保険者(何 (実限に給付金を 全融機関名称 理査を担当した医師) 患者氏名 傷病名 傷病名 (傷病名 (傷病名 (傷病名) (傷病名 (傷病名) (傷病名) (傷病名) (傷病名) (傷病名) (傷病名) (傷病名) (傷病名) (傷病る) (自病る) (自病) (en)	<ul> <li>会任状に配入した。 に関する受領を 調査を 当座</li> <li>こ意見と証明を を は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【するもので、 は○J・【するをので、 は○J・【</li></ul>	T下さい 下記代理人に事任し 氏 名 氏 名 氏 名 氏 名 た 名 た 名 た 名 た 名 た 名 た 名 た 名 た 名 た 名 た	無行 信用金庫 口座番号 は、旅 化 頼し 3 14 15 16	令和 年  1234567  発病または 食盛年月日 <b>後を担当した</b> てください	本店 支店 口座名義 (カタカナ) 平・令 と <b>灰師</b> に にてください。 23 24 25 26 27 28	年 年 年 29 30 31 29 30 31	子 フボタロウ 月 月 月	123
委任状 振込先情報 藤 寮養担当医師の	概要任する場合は、 本申請に基づく給付金 被保険者(年 代理 (実際に給付を等 金融機関名称 一 一 一 一 一 一 一 の で の を に を で を の を を を を を を を を を を を を を	<ul> <li>会任状に配入した。 に関する受領を 調査を 当座</li> <li>こ意見と証明を を は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【有給しので、 は○J・【するもので、 は○J・【するをので、 は○J・【</li></ul>	TTEN FRAMEULISHEN 氏 名 氏 名 氏 名 氏 名 C A C A C A C A C A C A C A C A C A C A	無 行 信用金庫 口座番号 (な、類) (は、類) (3 14 15 16 13 14 15 16	全和 年 1234567 発育または 食産担当した でください /1 でそれぞれ表示 17 18 19 20 21 22	本店 実店 口座名籍 (カタカナ) 平・令 と <b>医師に</b> 22 24 25 26 27 28 23 24 25 26 27 28	年 年 年 年 29 30 31	月月月月月日出勤日	123
委任状 製込先情報 療養担当医師の 事	概要任する場合は、 本申請に基づく給付金 被保険者(何 (実限に給付金を 全融機関名称 理査を担当した医師) 患者氏名 傷病名 傷病名 (傷病名 (傷病名 (傷病名) (傷病名 (傷病名) (傷病名) (傷病名) (傷病名) (傷病名) (傷病名) (傷病名) (傷病名) (傷病る) (自病る) (自病) (en)	委任状に配入した。 (関する受領を ・ 関するを ・ 当座 ・ ご意見と証明を ・ 記見と証明を ・ は○1・【有給】 ・ 1 2 3 4 5 6 7 1 1 2 3 4 5 6 7 1	TTEN FRAMEULISHEN E 8 E 8 E 8 E 8 E 8 E 8 E 8 E 8 E 8 E 8	無 行 常用金庫 口座番号 は、療 な 板 頼 し	全和 年 1234567 発病または 食産年月日 後を担当した てください /1でそれぞれ表示 17 18 19 20 21 22 17 18 19 20 21 22 23 動めたの事	本店 支店 口座名義 (カタカナ) 平・令 上 <b>欠節</b> (こ 23 24 25 26 27 28 23 24 25 26 27 28	年 年 年 29 30 31 29 30 31	子 月月月月月月日 出動日日	日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日
委任状 製込先情報 療養担当医師の 事	概要任する場合は、 本申請に基づく給付金 被保険者(年 (実施に始付金 金融機関名称 可金種別 養を担当した医師 患者氏名 優務名 優務名 の一次 の一次 の一次 の一次 の一次 の一次 の一次 の一次	委任状に配入した。 (関する受領を ・ 関するを ・ 当座 ・ ご意見と証明を ・ 記見と証明を ・ は○1・【有給】 ・ 1 2 3 4 5 6 7 1 1 2 3 4 5 6 7 1	TTEN FRAMEULISHEN E 8 E 8 E 8 E 8 E 8 E 8 E 8 E 8 E 8 E 8	無 行 常用金庫 口座番号 は、療 な 板 頼 し	全和 年 1234567 発育または 食産担当した でください /1 でそれぞれ表示 17 18 19 20 21 22	本店 支店 口座名義 (カタカナ) 平・令 と <b>灰部</b> に 23 24 25 26 27 28 23 24 25 26 27 28 <b>業主</b> に	年年年年年年年年年年年年年年年年年年年年年年年年年年年年年年年年年年	月月月月月日出勤日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日	日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日
委任状 製込先情報 療養担当医師の 事	概要任する場合は、 本申請に基づく給付金 被保険者(年 (実施に始けた多 金融機関名称 一選をを担当した医師 をを担当した医師 を書任名 ののである。 ののである。 では保険者氏名 ののである。 をののでのである。 をののでのでのでのでのでのでのでのでのでのでのでのでのでのでのでのでのでのでの	委任状に配入した。 (関する受領を ・ 関するを ・ 当座 ・ ご意見と証明を ・ 記見と証明を ・ は○1・【有給】 ・ 1 2 3 4 5 6 7 1 1 2 3 4 5 6 7 1	TTEN FRAMEULISHEN E 8 E 8 E 8 E 8 E 8 E 8 E 8 E 8 E 8 E 8	無行 間用金庫 口座番号 は、頼し は、頼し は、14 15 16 は、4 15 16	全和 年 1234567 発病または 食産年月日 後を担当した てください /1でそれぞれ表示 17 18 19 20 21 22 17 18 19 20 21 22 23 動めたの事	本店 支店 口座名義 (カタカナ) 平・令 と <b>灰部</b> に 23 24 25 26 27 28 23 24 25 26 27 28 <b>業主</b> に	年 年 年 29 30 31 29 30 31 29 30 31	月 月 月 月 月 月 月 月 月 月 月 月 月	123 7 月 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日

業務外のけが・病気による療養のために会社を休み給料を受けられないときの生活 保障として傷病手当金が支給されます。

## 支給を受ける条件

- ① 業務外の事由による病気やけがのため療養中のとき
- ② 什事につけないとき (労務不能)
- ③ 続けて3日以上休み、4日目以降も休んだ日があるとき
  - ※3日間連続して休んだことを「待期期間」といい、待期期間中は傷病手当金は支給されません。
- ④ 休業した期間について給与の支払いがないとき
  - ※給与の支払いがあっても傷病手当金の日額より少ない場合はその差額が支給されます。

## 記入項目について

- ① 給付金の振込先は日本国内の口座で被保険者名義のものを記入してください。
- ②「療養担当医師の意見」(2頁目)…療養を担当した医師に意見の記入と証明を受けてください。
- ③「事業主証明欄」(2頁目)…傷病手当金支給申請書に記入をし、医師の意見と証明を受けてから1頁目と併せて、お勤め先の事業主に提出してください。

# 添付書類

- 初回の申請時に提出してください。2回目以降は不要です。
- ① 同意書
- ② 前所属健康保険等加入状況回答書

# お問い合わせ先

フィリップス・ジャパン健康保険組合 TEL 03-6384-2270 info@Philips-kenpo.com

#### 提出先

APアウトソーシング株式会社 〒162-0825 東京都新宿区神楽坂1-15 神楽坂1丁目ビル TEL 0120-924-873 (PPSコンタクトセンター/メニュー番号2) Si-helpdesk@apol.jp