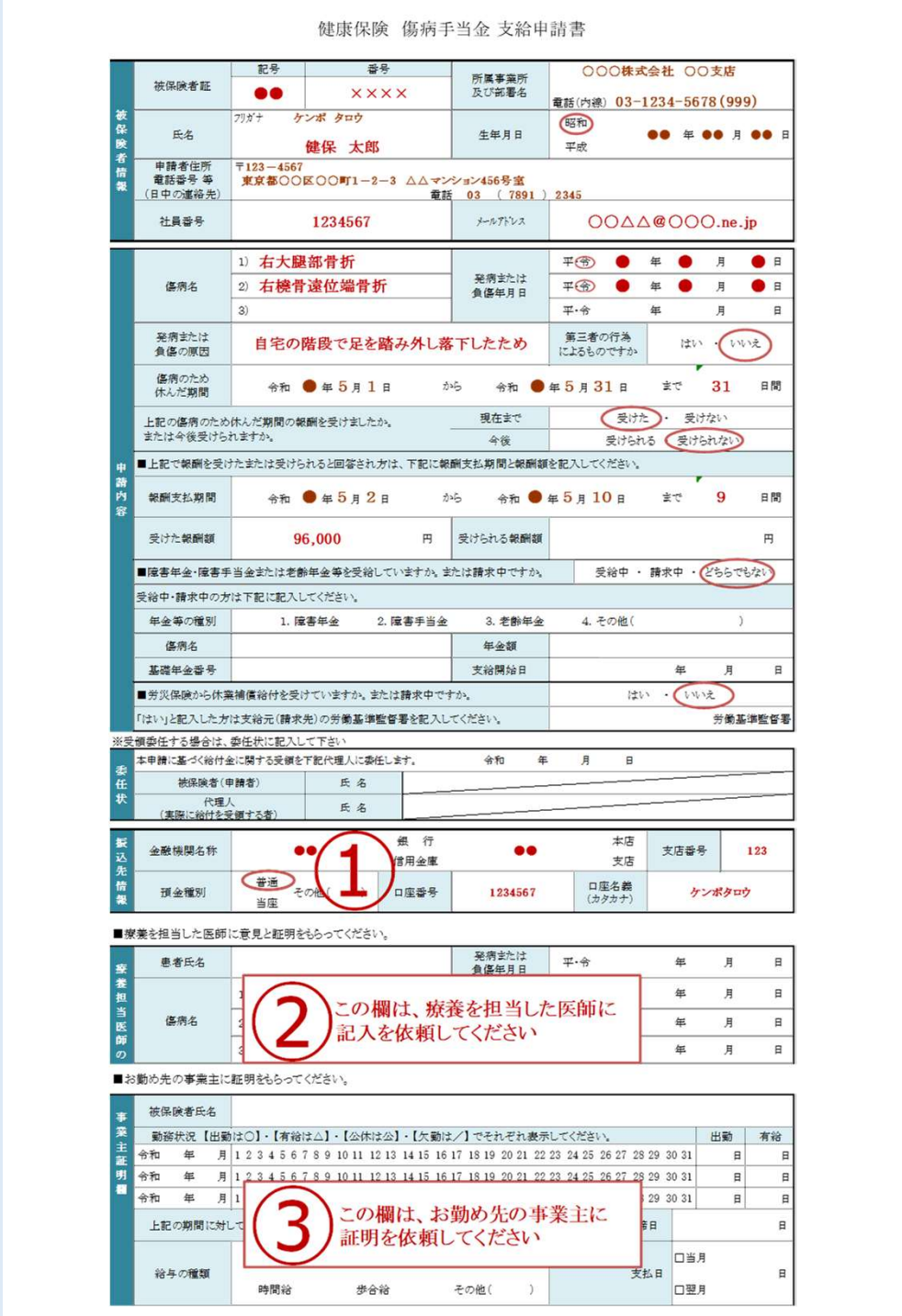
傷病手当金支給申請書の記入 等について



健康保険　傷病手当金 支給申請書

被保険者情報	被保険者証	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名 ○○○株式会社　○○支店 電話(内線) 03-1234-5678(999)
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保　太郎		生年月日 昭和 平成 ●● 年 ●● 月 ●● 日
	申請者住所 電話番号 等 (日中の連絡先)	〒123－4567 東京都○○区○○町1－2－3　△△マンション456号室 電話 03 (7891) 2345		
	社員番号	1234567	メールアドレス	○○△△@○○○.ne.jp

申請内容	傷病名	1) 右大腿部骨折 2) 右橈骨遠位端骨折 3)	発病または負傷年月日 平(令) ● 年 ● 月 ● 日 平(令) ● 年 ● 月 ● 日 平・令 年 月 日
	発病または負傷の原因	自宅の階段で足を踏み外し落下したため	第三者の行為によるものですか はい・いいえ
	傷病のため休んだ期間	令和 ● 年 5 月 1 日 から 令和 ● 年 5 月 31 日 まで 31 日間	
	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 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 ● 年 5 月 2 日 から 令和 ● 年 5 月 10 日 まで 9 日間	
	受けた報酬額	96,000 円	受けられる報酬額 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・どちらでもない
	受給中・請求中の方は下記に記入してください。		
	年金等の種別	1. 障害年金　2. 障害手当金　3. 老齢年金　4. その他( )	
	傷病名		年金額
	基礎年金番号		支給開始日 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。		はい・いいえ
	「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。		労働基準監督署

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。	令和 年 月 日
	被保険者(申請者)	氏名
	代理人(実際に給付を受領する者)	氏名

振込先情報	金融機関名称	●● 銀行 信用金庫	●● 本店 支店	支店番号	123	
	預金種別	普通 当座 その他( )	口座番号 1234567	口座名義(カタカナ)	ケンポタロウ	

1

■療養を担当した医師に意見と証明をもらってください。

療養担当医師の	患者氏名	発病または負傷年月日 平・令 年 月 日
	傷病名	年 月 日 年 月 日 年 月 日

2 この欄は、療養を担当した医師に記入を依頼してください

■お勤め先の事業主に証明をもらってください。

事業主証明欄	被保険者氏名		
	勤務状況 【出勤は○】・【有給は△】・【公休は公】・【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。		出勤 有給
	令和 年 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	日 日
	令和 年 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	日 日
	令和 年 月	1 … 29 30 31	日 日
	上記の期間に対して	日	日
	給与の種類	時間給　歩合給　その他( )	支払日 □当月 □翌月 日

3 この欄は、お勤め先の事業主に証明を依頼してください

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 仕事につけないとき（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