健康保険 傷病手当金支給申請書（第　　回）

※印もれの無いようにはっきりと押印し、又訂正したところはそれぞれ訂正印を押してください。
被保険者の印については、氏名を自ら記入（自署）する場合には押印は不要です。ただし、委任状欄の被保険者及び代理人の印、事業主の印、医師の印については押印の省略はできません。

◎賃金台帳（写）及び出勤簿（写）又はタイムカード（写）を添付してください。

被保険者が記入するところ

被保険者証の記号と番号		被保険者の氏名及び印	フリガナ	㊞	生年月日	昭和　平成　・　・
被保険者の住所	〒　－　　電話（　　）　－					
事業所の名称		被保険者の業務の種別				
資格取得・喪失年月日	昭和・平成　年　月　日　取得 平成　年　月　日　喪失	発病、負傷の年月日	昭和 平成　年　月　日			
傷病名						
発病、負傷の原因						
療養のために休んだ期間（申請期間）	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで	日間	ただし（　　）日は出勤のため除く			
上の期間に対して給料を受けましたか又は受けられますか	・受けた ・受けられる ・受けられない	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで	日分として　　円			
同じ傷病で障害厚生年金又は障害手当金を受けているとき	年金を受けられることとなった傷病名及びその年月日	平成　年　月　日				
	基礎年金番号					
資格喪失者及び任意継続被保険者の方は	老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか	はい　・　いいえ　・　申請中				
	基礎年金番号					

委任状

本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。　　平成　年　月　日

被保険者　住所
氏名＿＿＿