

被保険者（申請者）情報

被保険者
記号・番号

45678

☒ 昭和
☐ 平成

62410

氏名

フリガナ
ケンポ タロウ
健保 太郎

住所

(〒151 - 0051)
東京 都 道 渋谷区千駄ヶ谷2-37-9
TEL (日中の連絡先)
03 (3404) 7344

※下記確認欄へ☑をお願いします。

確認欄

☒

この届出については、①または②の要件を満たしたものである。

① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。

② 記載内容については、誤りがなく申請者本人が確認している。

委任状欄

被保険者
(申請者)

本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。

令和 5 年 7 月 1 日

氏名

健保 太郎

住所「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ

(〒151 - 0051)

令和 5 年 7 月 2 日

代理人
(健保口 口座名義人)

事業所所在地
事業所名称
氏名
電話番号

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
〇〇設計事務所
設計 大助
03 (3404) 9545

受取口座

公金受取口座

☐ 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☑。利用しない場合は上記委任状欄を記入。)

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者の氏名（サイン）をご記入ください。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付印

「申請者記入用」は2ページに続きます>>

・申請書は、消えない黒のボールペン等を使用し丁寧に記入ください。

被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の「氏名」、「住所」をご記入ください。
※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。また、「委任状欄」に振込口座をご記入ください。

●振込口座記入例

被保険者（申請者）

氏名

令和 年 月 日

代理人（健保口 口座名義人）

事業所所在地

事業所名称

氏名

電話番号

ケンポ タロウ

〇〇銀行 〇〇支店

普通 〇〇〇〇〇〇〇〇

必ずご確認ください、確認欄に☑をお願いします。

公金受取口座をご利用される場合は、委任状欄の記入は不要です。

申請内容

1

傷病名

適応障害

2

発病または負傷年月日

令和5年4月20日

3

該当の傷病は病気（疾病）ですか、ケガ（負傷）ですか。

1

1. 病気 ⇒ 発病時の状況
(抑うつ状態が続き身体が動かなくなった)

2. ケガ ⇒ 負傷原因届を合わせてご提出ください。

4

療養のため休んだ期間(申請期間)

令和5年5月1日から
令和5年5月31日まで

5

あなたの仕事の内容(具体的に)
(退職後の申請の場合は退職前の仕事内容)

営業事務

傷病のために労務に服することができなかった期間をご記入ください。
ご記入いただいた申請期間について、事業主の証明（申請書3ページ目）および療養担当者の意見（申請書4ページ目）をいただいでください。
※この申請は、左記に記入した期間が経過する前に提出することはできません。

お仕事の内容は、「経理担当事務」「設計士」など具体的に記入してください。
また、退職後の申請の場合は、在職時のお仕事内容をご記入ください。

確認事項

1

上記の療養のため休んだ期間（申請期間）に報酬を受けましたか。また、今後受けられますか。

1

1. はい 2. いいえ

令和5年5月1日から
令和5年5月31日まで

報酬額 22,000 円

2

「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。受給している場合は、どちらを受給していますか。

3

1. はい ⇒ 1. 障害厚生年金
2. 請求中 2. 障害手当金
3. いいえ

2-①

上記で1. はいの場合は受給の要因となった（なる）傷病名及び基礎年金番号等をご記入ください。

傷病名

基礎年金番号 年金コード

支給開始年月日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日

年金額 円

また、2. 請求中の場合は、傷病名・基礎年金番号のみご記入ください。

3

（健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。）
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。受給の場合はその名称をご記入ください。

☐

1. はい ⇒ 名称
2. 請求中
3. いいえ

3-①

上記で1. はいの場合は基礎年金番号等をご記入ください。

基礎年金番号 年金コード

支給開始年月日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日

年金額 円

また、2. 請求中の場合は、基礎年金番号のみご記入ください。

4

今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか。

3

1. はい 3. いいえ
2. 労災請求中

4-①

上記で1. はいまたは2. 労災請求中の場合は支給元（請求先）の労働基準監督署をご記入ください。

労働基準監督署

5

介護保険サービスを受けたとき

保険者番号 被保険者番号

保険者名称

過去または現在にわたり労災保険から休業補償給付を受けていて、休業補償給付と同一の病気やけがのために労務不能となった場合には、傷病手当金は支給されません。
また、業務外の理由による病気やけがのために労務不能となった場合でも、別の原因で労災保険から休業補償給付を受けている期間は、傷病手当金は支給されません。ただし、休業補償給付の日額が傷病手当金の日額より低いときは、その差額が支給されます。

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者の氏名（サイン）
「事業主記入用」は3ページに続きます>>
全国設計事務所健康保険組合

2 / 4

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及び賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ

被保険者氏名

健保 太郎

就労状況【出勤は○】【有給は△】【公休は公】【欠勤は／】をそれぞれ記入してください。

令和 5 年 5 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	計	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	計	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	計	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	計	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	計	日	日

上記の期間に対して、賃金を支給しました（します）か。

☒はい

☐いいえ

給与の種類

☒月給

☐時間給

☐日給

☐歩合給

☐日給月給

☐その他

賃金計算

締日

末

支払日

☒当月

☐翌月

25

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を記入してください。

支給した（する）賃金内訳	期間	単価	5月1日 ～5月31日	月 日 日	月 日 日	賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）についてご記入ください。
基本給	200,000	20,000	支給額	支給額	支給額	基本給・住居手当・扶養手当：欠勤控除あり 220,000円÷20日×18日 ＝198,000円
通勤手当	117,000	0				
住居手当	15,000	1,500				
扶養手当	5,000	500				
手当						通勤手当：欠勤控除なし 12/25 6ヶ月定期代支給 (1月～6月分) 117,000円
手当						
現物給与						
計	337,000	22,000				担当者氏名 健保 華子

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 5 年 7 月 2 日

事業所所在地

東京都〇〇区〇〇 〇ー〇ー〇

事業所名称

〇〇設計事務所

事業主氏名

設計 大助

電話番号

03 (3404) 9545

【被保険者の方へ】
・お勤め先の事業所に証明を受けてください。
なお、資格喪失日以降の期間に関する証明については、空欄でご提出ください。

必ずご記入ください。

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（賃金計算の締日の翌日から締日の期間）の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は／で表示

賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算締日ごとに賃金支給状況についてご記入ください。
また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。
なお、申請期間外に支給している給与がある場合、その支給状況についてご記入ください。
※左記通勤手当参照

【被保険者の方へ】
・お勤め先の事業所に証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

【事業主の方へ】
・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（賃金計算の締日の翌日から締日の期間）の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は／で表示してください。
・給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。
・賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。
・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における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。
「療養担当記入用」は4ページに続きます>>

健康保険

傷病手当金及び付加給付

支給申請書

1

2

3

4

療養担当者記入用

療養担当者
が意見を入
入するところ

患者氏名

健保 太郎

傷病名

適応障害

療養の給付
開始年月日
(初診日)

令和 5 年 4 月 20 日

令和 年 月 日

令和 年 月 日

発病または
負傷年月日

☒ 発病 ☐ 負傷

令和 5 年 4 月 20 日

発病または
負傷の原因

不詳

労務不能と
認めた期間

令和 5 年 5 月 1 日 から
令和 5 年 5 月 31 日 まで

治療期間ではなく、療養のため就労できなかったと認められる期間をご記入ください。
なお、証明日以前の期間をご記入ください。

うち入院
期間

令和 年 月 日 から
令和 年 月 日 まで

手術年月日

令和 年 月 日

退院年月日

令和 年 月 日

療養費用
の別

☒ 健保 ☐ 公費 ()
☐ 自費 ☐ その他

転帰

☐ 治癒 ☐ 中止
☒ 繰越 ☐ 転医

診療日を○
で囲んでく
ださい。

5 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
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
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

上記の期間中における「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）

憂うつ感、気力低下を認めた。
薬物療法を行い、自宅療養を指示した。

症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。

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

上記症状のため、集中力低下が著しく労務不能と判断した。

人工透析を
実施または
人工臓器を
装着したとき

人工透析の実施
または人工臓器
を装着した日

☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和

年 月 日

人工臓器等
の種類

☐ 人工肛門 ☐ 人工関節
☐ 人工骨頭 ☐ 心臓ペースメーカー
☐ 人工透析 ☐ その他 ()

上記のとおり相違ありません。

令和 5 年 6 月 2 日

医療機関の所在地

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇

医療機関の名称

〇〇総合病院
保健 五郎

医師の氏名

電話番号

03 (3404) 6811

記入例

【被保険者の方へ】
・療養担当者（医師等）の意見を受けてください。

左記の傷病名についてその傷病の初診日をご記入ください。

治療期間ではなく、療養のため就労できなかったと認められる期間をご記入ください。
なお、証明日以前の期間をご記入ください。

症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。

【被保険者の方へ】
・療養担当者（医師等）の意見を受けてください。

【療養担当者の方へ】
・複数の傷病名がある場合は主たる病名を順次ご記入ください。
・複数の傷病名がある場合はその傷病名の初診日をご記入ください。
・治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間をご記入ください。
また、証明日以前の期間をご記入ください。
・症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。