

健康保険 傷病手当金 支給申請書(第1回)

被保険者記入用

傷

記入方法および添付書類等については、「健康保険 傷病手当金 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。

申請書は、紙書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ア イ ウ

被保険者情報	記号	番号	生年月日 年 月 日
	被保険者証の (左づめ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	氏名・印 (フリガナ)		自署の場合は押印を省略できます。
住所 (〒 -)		郵便局	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		

振込先指定口座	金融機関 名称	企業 信託 銀行 信託 その他 ()	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	<input type="checkbox"/> 口座番号
	口座名義	カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。漢字(1)、半濁点(1)は1字としてご記入ください。)	口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	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。		平成 年 月 日
	被保険者 氏名・印		住所 「被保険者情報」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	住所 (フリガナ) 氏名・印	被保険者との 関係

「被保険者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 ア イ ウ

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

様式番号

協会使用欄

6 0 1 1 1 5

1 2 3 4 5 6 7 8 9

受付日付印

20. 3. 28