

◎傷病手当金の支給目的

傷病手当金の支給は、疾病に対する療養の給付(医療機関での治療・投薬等)を行い、療養に専念した上で病気やケガを治し、労働力を早期に回復することが主な目的であるため、「療養の給付をなすこと」が必要です。

- 正しい療養とは 1. 医師から通院の指示が出されている場合は、指示に従い受診する  
2. 医師が薬による治療が必要とし処方箋を交付した場合は、指示に従い調剤薬局で薬を受け取り服薬する等

(訂正がある場合は被保険者(請求者)が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。被保険者(請求者)以外の訂正は認められません)

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	② 健康保険証の記号と番号	記号	番号	③ 被保険者(請求者)の氏名・生年月日	(フリガナ)
	④ 被保険者(請求者)の現住所	〒			日中連絡のとれる電話番号 自宅 - - 携帯 - -
	⑤ 事業所名称	⑥ 傷病名			
	⑦ 被保険者資格取得年月日	昭・平・令 年 月 日	⑧ 仕事の内容(具体的に)	⑨ 他人の行為による負傷ですか	はい・いいえ
	⑩ 発病または負傷の原因	⑪ 発病または負傷年月日		昭・平・令 年 月 日	
	⑫ 療養のために休んだ期間(請求期間)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 〔一部就労日があるとき〕上記期間から、就労日( )を除く			
	⑬ 請求期間中(⑫)の療養状況	請求期間中(⑫)の病状を詳しく記入してください 医師からの治療に関する指示内容			
	⑭ ⑫に記入した期間分の報酬を支給されましたか。または今後支給されますか。	はい・いいえ	⑮ ⑭で「はい」と答えた場合、その報酬の額とその報酬支払の基礎となった(なる)期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 円	
	⑯ 労災保険から休業補償を受けている期間の請求ですか。	はい・労災申請中・いいえ	⑰ ⑯で「はい」または「労災申請中」と答えた場合、申請先の労働基準監督署名	労働基準監督署	
	⑱ 「障害厚生年金」または「障害手当金」について	受給中・請求中・無し	年金番号	傷病名	年 額 円
⑲ 「資格を喪失している方のみ」 「老齢年金」について	受給中・請求中・無し	年金番号	年 額 円		
⑳ 介護保険法のサービスを受けた時	保険者番号	被保険者番号	保険者名称		
㉑ 照会に関する同意欄 ※右記に☑を記入	<input type="checkbox"/> 私は、傷病手当金の支給可否に関する調査のため、東京都情報サービス産業健康保険組合が医療機関等に対して照会を行い、回答・提供を受けることに同意します。				

受付日付印

給付金振込先選択欄 ※希望する振込先に☑をご記入ください

<input type="checkbox"/>	<b>会社振込</b>	私が勤務する会社の「給付金専用口座」への振込みを希望します。
<input type="checkbox"/>	<b>個人(請求者)口座</b>	被保険者(請求者)の個人口座への振込を希望します。

個人(請求者)口座を選択した方のみ下記を記入

支 払 金 融 機 関	銀行・農協	本店	預金種別	
	信金・信組	支店	普通・当座	
	金融機関コード	店番号 (ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通帳記号)		
	口座番号 (ゆうちょ銀行の場合 は8ケタの通帳番号)	フリガナ	口座名義	

マイナンバーにより申請される方は下記へ記入してください。  
マイナンバーを記入する場合、個人番号及び本人確認をするための添付書類が必要です。

※上記以外の代理人口座への振込を希望する方は「委任状」(1-別紙)に本人確認書類を添付しご提出ください。

