

A4 (両面コピー) 又はA3 (左右見開き) サイズでコピーして下さい

ださい。チェックがない場合は再提出していただく場合があります。  
ある。

中心  
欄

(事業主)  記載内容について誤りがないか事業主が確認したものである。

### 健康保険傷病手当金支給申請書 (第 1 回)

令和 3年 5月 1日 提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証等の記号番号	記号 〇〇〇〇 番号 〇〇〇〇	被保険者資格取得日	平成 2 9 0 4 0 1	被保険者資格喪失日(喪失後の場合)	年 月 日
	被保険者氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	被保険者住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-1		
	生年月日	昭和 60年 8月 10日	電話	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		
	事業所名及び電話番号	株式会社〇〇〇〇 〇〇〇部	電話	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 内線 ( 〇〇 )		
	傷病名	〇〇〇〇病	発病又は負傷年月日	令和 0 3 0 3 0 1		
	発病の状態又は負傷の原因を詳しく	発病の状況について詳しく記入してください。		第三者の行為によるものですか	<input checked="" type="radio"/> いいえ ・ はい	
	傷病又は負傷で療養するため休んだ期間	令和 3年 4月 1日 から 令和 3年 4月 30日 まで	月ごとに申請してください。		30日間	
	うえに書いた期間の部分の報酬(賃金)を受けましたか、又は受けられますか	現在まで	受けた ・ <input checked="" type="radio"/> 受けない	将来	受けられる ・ <input checked="" type="radio"/> 受けられない	
	報酬支払を受けたとき(受けられる)ときは、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間	年 月 日から 年 月 日まで	の分として 円			
	障害厚生年金又は障害手当金受給の有無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無 ・ 請求中	基礎年金番号	—		
受給病名		障害厚生年金、手当金の額	円			
労働災害・通勤災害の補償給付の有無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無 ・ 請求中	受給病名				

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。  
(利用する場合にはをお願いいたします。)

**【公金受取口座を利用する場合】**  
公金受取口座にチェックのみお願いします。

支  
払  
金  
融  
機  
関

**【公金受取口座をご利用されない場合】**  
その下の支払金融機関へ指定口座のご記入をお願いします。

本  
店  
支  
店

番  
号

名  
義  
人

フリガナ

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	給与の締日 及び 支払日 日締 日払
	①全額支給した場合又は支給する場合	年 月 日 から		と 月 日 支払) 円
	②一部支給した場合又は支給する場合			と 月 日 支払) 円
	③現在まで又は将来も支給しない場合は、その旨	年 月 日 から 年 月 日 まで		と 月 日 支払) 円
上記のとおり相違ないことを証明します。				年 月 日
所在地				
事業主 名称				
氏 名				
電 話				

## 事業主の証明欄

療養を担当した医師が意見をかくところ	傷 病 名	
	発 病 又 は 負 傷 年 月 日	年 月 日
	療養の給付を開始した年月日	年 月 日
	発 病 又 は 負 傷 の	
	労 務 不 能 と 認 め た	日間
	傷 病 の 主 状 概 及び 経 過	
う え の 期 間 中 入 院 し た 期 間 が 場 合 は そ の 其		
上記のとおり相違ないことを証明します。		
医療機関所在地		
医療機関名		
医師の氏名	◎ ※	
電 話		

## 医師の証明欄

◎申請期間が経過してから記入していただく  
いてください。

※医師の証明は、記入の時点までは就労ができないことを証明するものです。申請期間が経過する前（同日を含む）に記入があった場合は、それ以降の期間については傷病手当金を支給できませんのでご注意ください。

◎診断書での代用はできません

医師の押印は省略可能ですが、省略した場合は診療報酬明細書との突合確認を行なうため、支給に早くとも3か月程度かかります。（押印がある場合はこの通りではありません）

※医師の押印は省略可能です。ただし、省略した場合は診療報酬明細書(レセプト)との突合確認が元了してからの方が遅くなります。

社会保険労務士 記載欄	
----------------	--

受付日付印

### 【提出先】

- ・在籍者：返送キットの返信用封筒に書かれている宛先、申請から1ヶ月以上経ってもキットが届かない場合は内容を明記して askjphr@microsoft.com（日本マイクロソフト社人事部）へ問い合わせ
- ・任意継続被保険者：〒108-0075 東京都港区港南2-16-3 品川グランドセントラルタワー マイクロソフト健康保険組合宛

マイクロソフト健康保険組合 理事長 殿