

事業主・加入者のみなさまへ

2023年

5月号

# 協会けんぽ栃木支部からのお知らせ

～職場内での回覧、掲示をお願いいたします～

## 各種申請書の新様式への 早期切り替えにご協力お願いいたします



令和5年1月より協会けんぽの各種申請書(届出書)は様式が変更されています。今回は傷病手当金支給申請書の被保険者記入用(申請書1ページ目、2ページ目)の記入もれ・記入誤りが多い箇所を解説いたします。

### 申請書1ページ目

#### 健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 ページ

被保険者記入用



#### ❗氏名の記入もれ

被保険者(被保険者が亡くなっている場合は申請者)の氏名および氏名(カナ)を**必ず両方ご記入ください。**  
氏名をカタカナで登録している(外国語名等)方は両方カタカナ名でご記入ください。



ご使用ください。  
変更ください。

被保険者申請者情報	氏名 (カタカナ)	[Grid for name entry]									
	氏名	[Grid for name entry]									
	郵便番号 (ハイフン除く)	[Grid for postal code]	3.令和	[Grid for year]	年	[Grid for month]	月	[Grid for day]	日		
	住所	[Grid for address]									

姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。

※申請者はお勤めされている(いた)被保険者です。被保険者がお亡くなりになっている場合は、相続人よりご申請ください。

#### ❗振込先指定口座の記入誤り

振込先指定口座欄には**被保険者(申請者)の口座情報をご記入ください。**  
※令和5年1月から、被保険者(申請者)の口座へ振込する仕様に変更し、受取代理人欄は削除されています。

振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。

振込先指定口座	金融機関名称	(銀行) (金庫) (信組) (農協) (漁協) (その他) ( )	支店名	(本店) (支店) (代理店) (出張所) (本店営業部) (本所) (支所)
	預金種別	1 普通預金	口座番号 (左づめ)	[Grid for account number]

#### ❗被保険者氏名と口座名義が異なる場合は添付書類が必要です!

- ・外国人被保険者の場合  
→預金通帳の写し
- ・口座名義が旧姓である場合  
→運転免許証の写し等、氏名変更が確認できる書類及び預金通帳の写し



## 健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 ページ

被保険者記入用

被保険者氏名

① 申請期間 (療養のために休んだ期間)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 から 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 まで
② 被保険者の仕事の内容 (退職後の申請の場合は、退職前の仕事の内容)	
③ 傷病名	<input type="checkbox"/> 療養担当者記入欄(4ページ)に記入されている傷病による申請である場合は、左記に☑を入れてください。 別傷病による申請を行う場合は、別途その傷病に対する療養担当者の証明を受けてください。
④ 発病・負傷年月日	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
⑤-1 傷病の原因	<input type="checkbox"/> 1. 仕事以外(業務外)での傷病 <input type="checkbox"/> 2. 仕事(業務上)での傷病 <input type="checkbox"/> 3. 通勤途中での傷病 } → ⑤-2へ
⑤-2 労働災害、通勤災害の認定を受けていますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中( <input type="text"/> 労働基準監督署 ) <input type="checkbox"/> 3. 未請求
⑥ 傷病の原因は第三者の行為(交通事故やケンカ等)によるものですか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ 「1. はいの場合、別途「第三者行為による傷病」を提出してください。

### ！仕事内容の記入もれ

具体的な仕事内容(「経理事務担当、  
「プログラマー」等)を必ずご記入ください。

### ！傷病名の確認チェックもれ

労務不能証明(申請書4ページ目)に記載されている傷病名と被保険者が申請する傷病名が一致する場合は必ず☑を入れてください。

### ！傷病の原因の記入もれ

原因について必ずご記入ください。通勤途中または業務に起因する傷病の場合は、労災に該当する可能性がありますのでお近くの労働基準監督署にご確認ください。(労災に該当しないと回答があった場合は協会けんぽにご連絡ください。)

①-1 申請期間(療養のために休んだ期間)に報酬を受けましたか。	<input type="checkbox"/> 1. はい → ①-2へ <input type="checkbox"/> 2. いいえ
①-2 ①-1を「はい」と答えた場合、受けた報酬は事業主証明欄に記入されている内容のとおりですか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ → 事業主へ確認のうえ、正しい証明を受けてください。
②-1 障害年金、障害手当金について	<input type="checkbox"/> 1. はいの場合 <input type="checkbox"/> 2. いいえの場合
②-3 ②-1または②-2を「はい」と答えた場合のみ、ご記入ください。	年金コード <input type="text"/> 支給開始年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 年金額 <input type="text"/> 円(右づめ)
③ 今回の傷病手当金を申請する期間において、別傷病により、労災保険から休業補償給付を受給していますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中( <input type="text"/> 労働基準監督署 ) <input type="checkbox"/> 3. いいえ 「1. はい」の場合 「2. 請求中」の場合

！事業所証明との相違について  
確認事項①-1が「1」の場合は、申請書3ページ目の事業主証明欄の記入内容をご確認のうえ、「1」をご記入ください。

### ！報酬の有無確認について

事業所証明(申請書3ページ目)に、申請期間中に支給された賃金が記入されている場合、必ず「1」をご記入ください。記入されている賃金に誤りがある場合は正しい証明となるように訂正を受けてください。

### ！労災補償の記入もれ

申請期間において別疾病による、労災保険「休業補償給付」受給の有無についてご記入ください。

【事業主記入用】は3ページ目に続きます。>>>

2 / 4

お問い合わせ先 業務グループ 028-616-1693



全国健康保険協会 栃木支部  
協会けんぽ

〒320-8514 宇都宮市泉町6-20 宇都宮DIビル7階  
TEL.028-616-1691(代表)

- 保険証・健康保険給付・任意継続 …… TEL.028-616-1693
- 健診・特定保健指導 …… TEL.028-616-1695
- レセプト・医療費のお知らせ …… TEL.028-616-1694
- 保険料率・ジェネリック医薬品 …… TEL.028-616-1692

ホームページアドレス

<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/shibu/tochigi/>

協会けんぽ 栃木

検索

毎月配信  
登録料無料

★お役立ち情報満載★  
メルマガにご登録ください

協会けんぽ栃木支部では、メールマガジンを活用した皆さまの健康づくりに取り組んでいます。健康保険の各種事務手続きに関する情報や日々健康に過ごすために役立つ季節の健康情報などをお届けします。どなたでもご利用いただけますので、お気軽にご登録ください。右の二次元コードを読み取ってご登録ください。

