

◎ この申請書は2枚一組です。次ページに事業主証明欄、療養担当医師証明欄があります。(1/2枚目)

記入例

## 健康保険 傷病手当金支給申請書

申請者が  
ある場合は  
太枠内を  
記入し  
遅れる  
こと  
ありません。

記号番号	記号	番号	被保険者 (申請者) 氏名・生年月日	健保 太郎	
	123	4567	昭和 平成	2年	2月 1日
住所	〒 被保険者のご自宅の住所をご記入ください。				
連絡先	TEL	[ 日中つながる連絡先をご記入ください。 ]		※日中つながる電話番号をご記入ください。	
	E-MAIL	[ 個人メールアドレスをご記入ください。 ]		※個人メールアドレスをご記入ください。	
事業所名	〇〇株式会社		仕事内容	客先を訪問する営業職	
傷病名	左足複雑骨折		負傷年月日	平成 令和	5年 4月 15日 ・ 不詳
①YG健康保険組合に加入(資格取得)してから初めての申請ですか?【初回申請時のみご回答ください】					
<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →「はい」の場合、「同意書」「状況照会書」(健保HPに掲載)を記入し添付ください。					
②障害年金・障害手当金の受給について					
<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中 →受給中、申請中の場合 【傷病名】 [ ] 【添付書類】 ・厚生年金保険障害年金証書の写し(障害厚生年金受給の場合) ・障害手当金決定通知書の写し(障害手当金受給の場合) ※現在申請中の方は、障害認定後に添付書類をご提出ください。					
③老齢年金の受給について(資格喪失者のみ)					
<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中					
④負傷の原因について					
<input checked="" type="checkbox"/> 私傷病 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 通勤中、勤務中の傷病(労災) <small>※交通事故、第三者行為に関する業務をガリバーインターナショナル株式会社へ委託しております。          交通事故、第三者行為に関する負傷の場合は、ガリバーインターナショナル株式会社 求備課へご連絡ください。          TEL:03-3527-3728 E-MAIL:tky-kyusyou@gulliver-i.co.jp          ※労災に該当する場合は申請できません。</small>					
振込先 いずれかを選択ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 直近に傷病手当金の振込があった口座へ振込みを希望します。(初回申請者は、同意書にて指定した振込口座) <input type="checkbox"/> 被保険者(申請者)以外の口座に振込を希望します。 →委任状(健保HPに掲載)を記入、添付ください。 <small>※指定口座の変更をご希望の場合、YG健康保険組合までご連絡ください。</small>					

◎支給日・・・申請書の受付日によって以下の通りとなります。

1日～15日受付分 当月月末  
16日～月末受付分 翌月15日

健保受付日付印

◎支給決定通知書・・・支給日後にPep upを通じた「医療費のお知らせ兼給付金支給決定通知書」にてお知らせいたします。  
Pep Upへの反映日は以下の通り、支給日によって異なります。  
【反映日】15日支給:当月25日 月末支給:翌月25日

◎申請書の提出先は、お勤め先の人事または総務部へご確認ください。  
※退職後も引き続き申請される方は、直接YG健保にご提出ください。

◎YG健保に申請書が届くまでのルート  
人事または総務部 → (提出代行社労士) → YG健保  
※提出代行社労士がいる場合

社会保険労務士の 提出代行者記載欄	
----------------------	--