記入例

被保険者記入欄はすべて記入してください。記入漏れは支給が遅延する恐れがあります。 また、第一回目は、審査に時間がかかる場合があります。

受付印

延長でない場合は棒線で消してください

傷病手当金 請求書
傷病手当付加金

（~~延長~~）

（第 1 回）

被保険者自署の場合は捺印省略可

捺印省略可

被保険者記入欄	被保険者等記号・番号	10000 / 1234567	被保険者の氏名	キリン 太郎	
	↑ 記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入 →				
	傷病名	左アキレス腱断裂	負傷の年月日	平成 令和 7 年 5 月 18 日	
	労務に服することができなかった期間	自 令和 7 年 5 月 19 日 至 令和 7 年 6 月 30 日 43 日間	具体的な業務内容（詳しく記入）	システム管理業務（DX推進）	
	発病または負傷の原因（詳しく記入）	休日に友人とサッカーをしていたら足首に激痛が走り、アキレス腱が切れていた。	→「負傷」の場合は第三者による傷病ですか	□はい ☑いいえ →「はい」の場合は「第三者による傷病届」、「いいえ」の場合は「負傷原因届」を提出	
	障害厚生年金障害手当金の受給	□有 ☑無 □申請中 →「有」の場合は「年金証書(写)」を添付	→「有」、「申請中」場合はその傷病名と基礎年金番号(コード)	傷病名: 年金番号(コード):	
	老齢厚生年金の受給	□有 ☑無 □申請中 →「有」の場合は「年金証書(写)」を添付	労災保険の休業補償給付の受給	□有 ☑無 □申請中 ( )労働基準監督署	

マイナンバーの記入については各事業所人事総務担当の案内に従ってください。

上記のとおり請求します。ただし、給付金の受領を下記の事業主に委任します。

令和 7 年 8 月 4 日

被保険者 住所 神奈川県横浜市横浜 10-10-10
氏名 キリン 太郎
電話 045（678）9123

事業主証明欄	労務に服さなかった期間	自 令和 7 年 5 月 19 日 至 令和 7 年 6 月 30 日 43 日間	資格取得日	平成 令和 30 年 4 月 1 日	
			資格喪失日	令和 年 月 日 ※	
	上記期間中の報酬について：全額支給した期間	自 令和 7 年 5 月 19 日 至 令和 7 年 5 月 20 日	2 日間	有給休暇・通勤手当 として（日額 13,500 円） 合計 円	
	一部支給した期間	自 令和 7 年 5 月 21 日 至 令和 7 年 5 月 31 日	11 日間	通勤手当 として（日額 580 円） 合計 6,380 円	
	支給なしの期間	自 令和 7 年 6 月 1 日 至 令和 7 年 6 月 30 日	30 日間		
	特記事項				

喪失後は下記書類が必要です

報酬の詳細を記載してください

上記のとおり相違ないことを証明します。

【証明日】令和 7 年 8 月 21 日

事業主 所在地
氏名

事業主記載

キリンビール健康保険組合御中

※資格喪失後請求の場合に添付（すべて写しで可）
1. 離職票 2. 雇用保険延長通知

◆資格喪失後、キリン健保に未加入の場合は、下記の書類も必要です。
①上記期間に受診した領収明細書（病院・薬局）

資格喪失日以降の請求は、当健保にて確認がとれないため、ここに記載の書類が必要です。

訂正印を押印して

事業所担当者印

調査印 印

◎申請書・添付書類の裏紙印刷及び写メ印刷は不可。消せるボールペンでの記入は不可、書き直してください。