

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1

2

3

4

被保険者（申請者）記入用

※申請者様：書き損じ等により訂正される場合は、**訂正印の押印が必要です**。押印が無い場合は返戻しますのでご注意ください。

被保険者（申請者）情報	健康保険 (右づめ)	記号 	番号 	生年月日 年 月 日
	氏名 記入日	(フリガナ) _____ 以下のとおり、健康保険傷病手当金の支給を申請します。 記入日 令和 年 月 日		
	住所	(〒 _____) 都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL (_____)		

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 出張所 その他 (_____) 本所 支所		
	預金種別	1. 普通 2. 当座 3. その他 (_____)	口座番号 	左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(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。) 口座名義の区分 1. 申請者 2. 代理人		

「2」の場合は必ず記入してください。

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日 氏名 _____ 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	住所 (〒 _____) TEL (_____)	委任者と 代理人との 関係	
		(フリガナ) _____ 氏名 _____		

添付書類 について

- ① 個人振込を希望される場合は、口座番号を明らかにできる書類
- ② 初回申請時は、労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間と、その期間前1カ月分の賃金台帳と出勤簿（タイムカード）の写し
- ③ 確認事項欄の「2」「3」の給付を受給している方は「年金証書および裁定通知書（写）」と「直近の（年金）振込通知書等（写）」
- ④ 確認事項欄の「4」の給付を受給している方は「休業（補償）給付支給決定通知書（写）」

「申請者記入用」は
2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

備考欄

受付日付印

※健康保険の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄に記載してください。(個人番号を記載した場合は、番号確認、本人確認をするための書類が必要です。)

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

申請内容	1 傷病名	1) 2) 3)	2 発病 または 負傷 年月日	☐ 平成 ☐ 令和 ☐ 平成 ☐ 令和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日 年 月 日 年 月 日	
	3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	☐ 1. 病気 (発病時の状況) ☐ 2. ケガ ➡ 負傷原因届を併せてご提出ください				
	4 療養のため休んだ期間(申請期間)	令和 年 月 日 から 日数 令和 年 月 日 まで 日間				
	5 あなたの仕事の内容(具体的に) (退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)					

確認事項	1 上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。 または今後受けられますか。	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ	
	1 - ① 「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)期間をご記入ください。	令和 年 月 日 から 報酬額 令和 年 月 日 まで 円	
	2 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。 受給している場合、どちらを受給していますか。	☐ 1. はい 2. 請求中 3. いいえ	☐ 1. 障害厚生年金 2. 障害手当金
	2 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった(なる)傷病名及び基礎年金番号をご記入ください。	傷病名	
	「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。	基礎年金番号	年金コード
		支給開始年月日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日 年金額 円
	3 (健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。)老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。 受給している場合、その名称ご記入ください。	☐ 1. はい 2. 請求中 3. いいえ	名称
	3 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください。	基礎年金番号	年金コード
	「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。	支給開始年月日 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日 年金額 円
	4 今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか	☐ 1. はい 2. 労災請求中 3. いいえ	
4 - ① 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。	労働基準監督署		
5 介護保険サービスを受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名称

「事業主記入用」は3ページに続きます。》》》

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

事業主記入用

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ

被保険者氏名

勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。

出勤

有給

令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日
令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日
令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日

上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？

☐ はい
☐ いいえ

給与の種類

☐ 月給 ☐ 時間給
☐ 日給 ☐ 歩合給
☐ 日給月給 ☐ その他

賃金計算

締 日

日

支払日

☐ 当月
☐ 翌月

日

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。

区分	期間 単価	月 日 ～ 月 日分	月 日 ～ 月 日分	月 日 ～ 月 日分	賃金計算方法（欠勤控除計算方法等） について、詳しくご記入ください。
		支給額	支給額	支給額	
基本給					
通勤手当					
住居手当					
扶養手当					
手当					
手当					
現物給与					
計					

令和 年 月 日

担当者
氏 名

上記のとおり相違ないことを証明する。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話 ()

※担当者様：書き損じ等により訂正される場合は、訂正印の押印が必要です。押印が無い場合は返戻しますのでご注意ください。

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。>>>

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

療養担当者記入用

療養担当者が意見を記入するところ

患者氏名																																	
傷病名	(1)											療養の給付 開始年月日 (初診日)	(1)	☐ 平成	☐ 令和	年	月	日															
	(2)												(2)	☐ 平成	☐ 令和	年	月	日															
	(3)												(3)	☐ 平成	☐ 令和	年	月	日															
発病または 負傷の年月日	☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日	☐ 発病 ☐ 負傷	発病または 負傷の原因																											
労務不能と認 めた期間	令和	年	月	日から	令和																								年	月	日まで	日間	
うち入院期間	令和	年	月	日から	日間	療養費用の別	☐ 健保 ☐ 公費() ☐ 自費 ☐ その他	転帰	☐ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 転医																								
	令和	年	月	日まで	入院																												
診療実日数	診療日を ○で囲んで ください。	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)										手術年月日 令和 年 月 日																							
										退院年月日 令和 年 月 日																							
										就労可能見込年月日：令和 年 月 日																							
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																																	
人工透析を実施ま たは人工臓器を装 着したとき	人工透析の実施または 人工臓器を装着した日					☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	人工臓器等 の種類					☐ 人工肛門 ☐ 人工関節 ☐ 人工骨頭 ☐ 心臓ペースメーカー ☐ 人工透析 ☐ その他()																					
					年	月	日																										
令和 年 月 日																																	
上記のとおり相違ありません。																																	
医療機関の所在地																																	
医療機関の名称																																	
医師の氏名																																	
																				電話 ()													

※この医師意見欄を「協会けんぽの様式で代替すること」は認められません。

※担当医様：書き損じ等により訂正される場合は、担当医の訂正印押印を必須とさせていただきますのでご協力をお願いします。