

# 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）・受領代理人記入用

## (第 回)

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	生年月日 年 月 日
		(退職後の申請の場合は退職前の記号・番号)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ( 歳)
	氏名・印	(フリガナ) _____ ※ 		※自署の場合は押印を省略できます。
	住所	(〒 _____ ) 都 道 府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( _____ )			

委任状	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・印		住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
受領代理人 (口座名義人)	住所	(〒 _____ ) TEL ( _____ )	
	(フリガナ) _____		
	氏名・印		

出版健康保険組合の資格を喪失している方、もしくは任意継続被保険者の方のみご記入ください。

振込先指定口座	金融機関 名称	(フリガナ) _____ 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( _____ )	(フリガナ) _____ 本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号 <input type="text"/>	左づめでご記入ください。
	口座名義	(フリガナ) _____		

ゆうちょ銀行以外の口座をご記入ください。

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

※個人番号を記載される場合には、①個人番号確認（通知カード又は個人番号記載住民票の写し）②身元確認（運転免許証又はパスポート等）の添付書類が必要となります。また、個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する場合、「委任状などの代理権が確認できる書類」「代理人の身元確認書類」等の添付が必要となります。

被保険者のマイナンバー記載欄

(1.10)

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄



1/4

# 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 年 月 日 平成・令和 年 月 日 平成・令和 年 月 日
	3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ	(発病時の状態または負傷の原因を詳しく)	
	4 療養のため休んだ期間(申請期間)	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで	日数	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。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 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。	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで 報酬額 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。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ	<input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 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 _____ 基礎年金番号 _____ 年金コード _____	
	「はい」と答えた場合は、年金証書等の年金の金額がわかる写しを添付してください。	支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 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 _____		
「はい」と答えた場合は、年金証書等の年金の金額がわかる写しを添付してください。	支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	3. 労災請求中 4. 労災請求予定	
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 担当者氏名 様		
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 _____	
被保険者記号	_____	番号 _____	

「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。

被保険者記号	番号	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				
平成・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			
平成・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			
平成・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？	<input type="checkbox"/> はい	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 時間給	賃金計算	締日	日
	<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 歩合給		支払日	<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月
			<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他			
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。							
事業主が証明するところ	賃金内訳	期間	単価	労務に服さなかった期間 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日まで 日間			
	基本給			(ア) 1日当たりの賃金の全部支給した場合又は将来支給する場合 (日額 円)			
	住居手当			平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで の分として 金 円			
	扶養手当			平成・令和 年 月 日まで ( 月 日支払) ※出勤時の賃金は除く			
	手当						
	現物給与			(イ) 1日当たりの賃金の一部支給した場合又は将来支給する場合 (日額 円)			
	通勤手当			平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで の分として 金 円			
	計			平成・令和 年 月 日まで ( 月 日支払) ※出勤時の賃金は除く			
上記のとおり相違ないことを証明する。				令和 年 月 日	担当者氏名		
事業所所在地					電話番号		
事業所名称							
事業主氏名							

賃金計算方法(欠勤控除の計算方法等)についてご記入ください。

日割支給  欠勤控除

【被保険者の方へ】

●お勤め先の事業所に証明を受けてください。資格喪失以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

【事業主の方へ】

●賃金台帳と出勤簿の写しは別途添付してください。また、社会保険料等事業所で立替えている金額がございましたら、精算を証明できる書類を添付してください。別途必要な書類がある場合は連絡いたしますので、速やかにご提出ください。

●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(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は／で表示してください。

●給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。

●賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。

●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における賃金状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。

「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

患者氏名				生年月日	昭和・平成	年	月	日																									
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	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または 負傷の原因																											
労務不能と認 めた期間	平成・令和	年	月	日から	平成・令和					年	月	日まで	日間																				
うち入院期間	平成・令和	年	月	日から	日間	療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保	<input type="checkbox"/> 公費( )	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 中止																						
	平成・令和	年	月	日まで	入院		<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 繰越	<input type="checkbox"/> 転医																						
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
		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
上記診療実日数が0日のときは、前後直近の診療日をご記載ください。						月	日	手術年月日 平成・令和			年	月	日																				
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)						退院年月日 平成・令和			年	月	日																						
症状経過からみて従来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	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	人工臓器等 の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 人工関節	<input type="checkbox"/> 人工骨頭	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 人工透析	<input type="checkbox"/> その他( )																			
上記のとおり相違ありません。																																	
医療機関の所在地						印																											
医療機関の名称																																	
医師の氏名																																	
						電話 ( )																											

## 【被保険者の方へ】

① 療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

## 【療養担当者の方へ】

② 傷病名は労務不能と認められた傷病名を記載してください。

③ 複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次ご記入ください。

④ 療養の給付開始年月日(初診日)は左の傷病の初診日をご記入ください。

⑤ 労務不能と認められた期間は、治療期間ではなく療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。また、証明日以前の期間をご記入ください。

⑥ 症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。