

# 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

被保険者（申請者）情報	被保険者証の （右づめ）	記号 □□□□	番号 □□□□□□□□	枝番 □□	生年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	
	氏名	(フリガナ)					
	住所	(〒 - )	都 道 府 県	市 郡 区			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )					

本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は）

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 ( )	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1. 普通	口座番号 □□□□□□□□
	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(ˆ)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. 事業主

【2】の場合は必ず記入・押印をしてください。（押印省略不可）

委任欄	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・印 (印) 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)	(〒 - ) TEL ( ) 住所 (フリガナ) 氏名・印 (印)

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です  
 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が別途必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

(印)

# 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	1) 令和 年 月 日 2) 令和 年 月 日 3) 令和 年 月 日
	3 労務不能となった原因 (初回のみ)と、申請期間 中の病状を詳しく記入して ください。  ・現在の症状及び労務に就 けない理由 ・治療、検査などの内容 ・労務復帰に向けて取り組ん でいること	※ケガの場合は、負傷原因届をあわ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 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。	令和 年 月 日 から 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"/> 1. 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 2. いいえ → <input type="checkbox"/> 2. 障害手当金 <input type="checkbox"/> 3. 請求中
	2 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、 受給内容をご記入ください。	傷病名 ----- 基礎年金番号 年金コード 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 → 名称 <input type="checkbox"/> 2. いいえ <input type="checkbox"/> 3. 請求中	
3 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、 受給内容をご記入ください。	基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 <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 2. いいえ 3. 請求中	
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	

【添付書類】

- 資格喪失後の請求の時は加入している健康保険証の写し
- 障害厚生年金・手当金等受給中の場合は「障害者手帳と年金額および支給開始年月を証する書類」の写し(請求中の場合は「年金見込額回答書」の写し)
- 退職後で、老齢又は退職年金を受給しているときは、「年金額および支給開始年月を証する書類」の写し
- 傷病が第三者によるものであるときは、「第三者行為による傷病届」

「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。  
(給与明細及び出勤簿の写での代用可)

**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。

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	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

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 \_\_\_\_\_ 支払日  当月  翌月

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

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 \_\_\_\_\_ 事業所名称 \_\_\_\_\_ 事業主氏名 \_\_\_\_\_

印 電話 ( )

## 記入例

被保険者氏名 協会 太郎

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。

平成26年 4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	4日	1日
平成26年 5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	3日	0日
平成 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 \_\_\_\_\_ 支払日  当月  翌月

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	単価	4月16日 ～ 5月15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) についてご記入ください。
基本給	300,000	135,000	支給額	支給額	基本給:欠勤控除あり 300,000円÷20日×11日 =165,000円
通勤手当	120,000				通勤手当:欠勤控除なし
住居手当	20,000	20,000			12/25 6か月定期券代 (1月～6月分)として 120,000円支給
扶養手当					住居手当:欠勤控除なし
手当					
手当					
現物給与					
計	440,000	155,000			

上記のとおり相違ないことを証明します。 平成26年 5月 21日 担当者氏名 ○ ○ ○

事業所所在地 東京都千代田区△△ 1-1 事業所名称 ○ ○ 株式会社 事業主氏名 健保 三郎 電話 03 ( )

- 【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。資格喪失日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】**
- 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支給状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、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

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)
		(2)	(1) 令和 年 月 日
		(3)	(2) 令和 年 月 日 (3) 令和 年 月 日
	発病または負傷の年月日	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			
労務不能と認められた期間	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 令和 年 月 日まで	日間 入院	
診療実日数	診療日を	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	
	○で囲んで	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	
	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	
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	
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	<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			
医療機関の名称			
医師の氏名			
印 電話 ( )			

## 記入例

1	患者氏名	協会 太郎
2	傷病名	(1) 鎖骨骨折
3	療養の給付開始年月日 (初診日)	(1) 平成 26 年 4 月 22 日 (2) 平成 年 月 日 (3) 平成 年 月 日
4	発病または負傷の年月日	平成 26 年 4 月 22 日 <input checked="" type="checkbox"/> 発病 <input checked="" type="checkbox"/> 負傷
5	労務不能と認められた期間	平成 26 年 4 月 22 日から 平成 26 年 5 月 12 日まで 21 日間
	発病または負傷の原因	左肩部強打
	うち入院期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間 入院
	療養費用の別	<input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費( ) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他
	診療実日数	診療日を 4 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 ○で囲んで 5 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 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
	上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)	手術年月日 平成 年 月 日 退院年月日 平成 年 月 日
	鎖骨を骨折し、4/22初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。	
	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	
	骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後リハビリが必要であったため、労務不能と判断した。	
	人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	<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	平成 26 年 5 月 22 日
	医療機関の名称	東京都品川区△△△ 1-1
	医師の氏名	〇〇総合病院
		印 電話 03 (△△△△) △△△△

### 【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 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。

3 左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください。

4 治療期間でなく、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。

5 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。

ケガなど、外傷性の負傷の場合はこちらの書類もご提出下さい。

## 健康保険 負傷原因 届

被保険者(届出者)記入用

被保険者情報	記号	番号	枝番	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			
氏名	(フリガナ)						

被保険者または負傷した方が記入するところ	負傷した方	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名 )					
	傷病名						
	負傷日時	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後	時頃
	負傷した時間帯 (状況)	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 通勤途中 ( <input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道等有り <input type="checkbox"/> 寄り道等無し)					
	負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	負傷原因 負傷原因で次にあてはまるものがありますか	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中 ( <input type="checkbox"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷 (飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> あてはまらない					
	上記にあてはまる原因がある場合、相手はいますか。また、その場合は、あなたは被害者ですか、加害者ですか。	相手: <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> あなたは被害者	※相手がいる場合の負傷の場合は「第三者行為による負傷届」の届出が必要です。			
		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> あなたは加害者				
負傷したときの状況を具体的に ご記入ください。							
治療経過	令和	年	月	日現在	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止		
治療期間	令和	年	月	日	から	令和 年 月 日まで	

受付日付印