

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

提出先: 会社人事担当
任意継続者は健保組合

被保険者(申請者)記入用

健康保険証に記載の記号2桁の番号

健康保険証に記載の番号4桁の番号

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>	
	氏名 (フリガナ) ケンポ タロウ	健 保 太 郎			被保険者(本人)について記入してください	
	住所 (〒 761 - 0185)	香川 都 道 府 県 高松市新田町甲34				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 087 (839) 5757				
<input type="checkbox"/> 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 農協 その他()					
預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 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	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

給与振込になりますので記入不要。
ただし、任意継続者・退職後に申請される方は
振込口座を記入してください。

* 公金口座をご利用の方は健保組合までご連絡ください

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 (〒) 氏名 (フリガナ)			委任者と 代理人との 関係

他人に受取をお願いする方のみ記入

「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必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	記入不要	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
---	------	---

(R2.12)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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) 虫垂炎 傷病名を記入。診断書などに記載	令和 4 年 6 月 2 日
		2)	令和 年 月 日
		3)	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 checked="" type="checkbox"/> 1. 病気 急性腹痛 2. ケガ	発症時の症状を記載してください
	4 療養のため休んだ期間(申請期間)	(令和) 年 月 日 0 4 0 6 0 2 から 日数 0 4 0 6 1 2 まで 11 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)	工場勤務	

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 checked="" type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ	令和 4 年 6 月 2 日 から 報酬額 15,000 円 令和 4 年 6 月 4 日 まで
	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。		
	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 checked="" type="checkbox"/> 3. 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。 〔「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。〕	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 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。 〔「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 <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. 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

事業主(人事ご担当者様)に証明をお願いしてください。

主が証明する項目

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 その他

賃金計算 締日 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。

支給した(する)賃金内訳	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	
			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					

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

電話

()

記入例

被保険者氏名 協会 太郎

【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	○	○	○	△	/	/	/	/	/	/	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	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	計	3日	0日
平成 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15											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 15日 支払日 当月 25日 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	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。
		~ 5月15日分	~ 月 日分	~ 月 日分	
		支給額	支給額	支給額	
基本給	300,000	135,000			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 12/25 6か月定期券代 (1月~6月分)として 120,000円支給
住居手当	20,000	20,000			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】

1 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】

2 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。

3 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。

4 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。

5 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

医師が記入・証明するページです。病院で証明をお願いしてください。

療養担当者が意見を記入するところ

傷病名	(1)	療養の給付	(1) 令和 年 月 日
	(2)	開始年月日	(2) 令和 年 月 日
	(3)	(初診日)	(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	療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 転帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <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	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。			令和 年 月 日
医療機関の所在地			
医療機関の名称			
医師の氏名			電話 ()

記入例

1	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
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 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"/> 転帰 <input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <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 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。
	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)	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。	平成 26 年 5 月 22 日
	医療機関の所在地	東京都品川区△△ 1-1
	医療機関の名称	○総合病院
	医師の氏名	保険 五郎 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】

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。