

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者（申請者）記入用

※ 申請される前に、5枚目の注意事項と記入見本を確認してください

被保険者（申請者）情報	被保険者証の （右づめ）	記号	番号	生年月日	年	月	日
				☐ 昭和			
				☐ 平成			
				☐ 令和			
	氏名	(フリガナ) -----					
住所	(〒)			都 道 府 県			
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. 普通 3. 別段 ☐ 2. 当座 4. 通知	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。) <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																		口座名義 の区分	☐ 1. 申請者 ☐ 2. 代理人

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)	(〒) TEL () 住所 (フリガナ) _____ 氏名						委任者と 代理人との 関係

「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

[illegible]

受付目付印

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) 2) 3)	2 発病 または 負傷 年月日	令和 令和 令和	年 年 年	月 月 月	日 日 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 まで 日間					
	※ 4枚目の医師(療養担当者)が労務不能と認めた期間と、原則一致します。 ※一致しない場合は別途資料が必要です						
	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 令和	年 年	月 月	日 日	から 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。	☐ 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 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 ☐ 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 ☐ 昭和 ☐ 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

※事業主が記入する用紙です。本人が記入する必要はありません

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。

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
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

出勤
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

出勤
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。

支給した(する)賃金内訳

期間

区分

単価

月
日
~
月
日
日分

月
日
~
月
日
日分

月
日
~
月
日
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

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。

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

1 方針・目標
 2 事業計画
 3 事業計画
 4 事業計画
 5 事業計画

氏名 **佐藤 太郎**

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

平成 26 年 5 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 ○ ○ ○ 登 登 ○ △ / / 登 登 登 登 31 計

平成 26 年 5 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 ○ ○ ○ 登 登 ○ △ / / 登 登 登 登 31 計

平成 26 年 5 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 ○ ○ ○ 登 登 ○ △ / / 登 登 登 登 31 計

出勤	有給
4	1
3	0

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

5 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	4 月 16 日	月 日	月 日	月 日
		～ 5 月 15 日分	～ 月 日分	～ 月 日分	～ 月 日分
基本給	300,000	135,000	支給額	支給額	支給額
通勤手当	120,000				
住居手当	20,000	20,000			
扶養手当					
手当					
手当					
現物給与					
計	440,000	155,000			

賃金計算方法(欠勤除算計算方法等)についてご記入ください。

基本給:欠勤控除あり
 300,000円÷20日×11日
 =165,000円

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円分支給

住居手当:欠勤控除なし

上記のとおり相違ないことを証明します。

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

平成 26 年 5 月 21 日

事業主印

担当書
氏名 ○○ ○○

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◇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

※ 申請の都度、療養を担当した医師に記入いただいでください。「診断書」で代用はできません

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	(1) 令和	年	月	日													
		(2)																(2) 令和	年	月	日														
		(3)																(3) 令和	年	月	日														
	発病または負傷の年月日	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	令和	年	月	日まで	日間	入院	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																				
	診療実日数	診療日を 〇で囲んで 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					☐ 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 ()																			
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

療養担当者が意見を記入するところ	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	(1) 平成	26	年	4	月	22	日										
		(2)																(2) 平成	年	月	日														
		(3)																(3) 平成	年	月	日														
	発病または負傷の年月日	平成	26	年	4	月	22	日	☒ 発病 ☐ 負傷	発病または負傷の原因	左肩部強打																								
	労務不能と認めめた期間	平成	26	年	4	月	22	日から	平成		26	年	5	月	12	日まで	21	日間																	
	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	☒ 健保 ☐ 公費 () ☐ 自費 ☐ その他	転帰	☒ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 転医																				
	5 診療実日数	診療日を 〇で囲んで ください。	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
			5	月	〇	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	〇	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	人工透析の実施または 人工臓器を装着した日					☐ 昭和 ☐ 平成					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 ()																			
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】

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。

傷病手当金申請時の注意事項

傷病手当金は、病気やケガの療養のため仕事を休み、給料を受けられないときや減額されたときに、1年6ヵ月の範囲で支給されるものです。下記をよく確認した上で、申請してください。

支給を受けるときの条件

1. 業務外の病気・ケガのために療養していること
業務上・通勤途上・交通事故等第三者行為によるものは傷病手当金の対象にはなりません
2. 仕事につけないこと
休んだ期間に対して医師の証明が必要です（「診断書」で代用はできません）
3. 連続する3日を含み4日以上仕事を休んだとき
3日間は待機期間として支給されませんが、申請期間には含めてください
4. 給料が支払われていないこと
事業主から給料が支払われている場合、その額が傷病手当金より多いときは支給されません（給料のほうが少ないときは、その差額だけ支給されます）

注) 障害年金等を受けるときは、傷病手当金との差額調整を行います
「年金裁定通知書」又は「年金額通知書」のコピーを添付してください

支給期間は1年6ヵ月間

同一の疾病やケガ（病名が違っても関連するものを含む）につき、その支給をはじめた日から通算して1年6ヵ月が支給期間となります

注) 資格喪失後の継続支給
1年以上継続して被保険者だった人が、退職などにより被保険者の資格を失ったとき、傷病手当金を受けているか、受ける条件を満たしている場合は、資格喪失後も期間が満了するまで傷病手当金が受けられます

※ 退職日に勤務した場合は対象になりません

提出期限と支払日

傷病手当金申請書の受付日より、原則、以下の通りお振込みいたします
長期になる場合は、1ヵ月分（1日～月末）毎に申請してください

- | | | |
|---|---|---------|
| ☐ 10日までの受付け | ⇒ | 当月25日支給 |
| ☐ 11日から25日までの受付け | ⇒ | 翌月10日支給 |
| ☐ 26日から翌月10日までの受付け | ⇒ | 翌月25日支給 |

注) 書類記載不備や審査によって支給が遅れることがあります

関係機関への照会など

1. 健康保険組合で申請書の内容を確認し、本人の申請期間、会社の労務に服しなかった期間、医師の証明期間の合致した期間について、傷病手当金を支給します
2. 申請内容に疑義が生じた場合は、書面・電話等による確認や、関係機関に対し照会をすることがあります