

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 年 月 日 令和 年 月 日 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 (発病時の状況) <input type="checkbox"/> 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		
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 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。	<input type="checkbox"/> 1. はい → <input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 2. 請求中 → <input type="checkbox"/> 2. 障害手当金 <input type="checkbox"/> 3. いいえ		
	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	<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. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ			
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	<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 3. いいえ <input type="checkbox"/> 2. 労災請求中			
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			
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

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		
	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"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	転帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <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	人工臓器等の種類		
	年 月 日		<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	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
4	発病または負傷の年月日	平成 26 年 4 月 22 日
5	労務不能と認められた期間	平成 26 年 4 月 22 日から 21 日間 平成 26 年 5 月 12 日まで
発病または負傷の原因		
左肩部強打		
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		
転帰		
<input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <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)		
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		
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		
○〇総合病院		
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
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
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)毎に申請ください

- 10日までの受付け
- 11日から25日までの受付け
- 26日から翌月10日までの受付け

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