

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1

2

3

記入例

被保険者（申請者）記入用

被保険者情報	会社名 (出向者は出向元の会社名)	株式会社●●●●	社員番号	1234567	記号番号が分からない場合はマイナナンバーを記入してください		
	健康保険の 記号・番号	(記号) 10 (番号) 1234					
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	年 月 日	● ● ● ● ● ●	
	住所	(〒 500 - 0000) 大阪 大阪府 大阪市●●町 1-2-3					
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 06 (●●●●●) ●●●●●					
☒ 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	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。					
	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	普通	口座番号 (左づめ)	● ● ● ● ● ● ● ●		
	口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。 ケンポ タロウ				

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

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

被保険者（申請者）記入用

記入例

申請内容	1 傷病名	1) ●●●●●症 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。	1. 病気 不詳 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 ●● 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)	●●●●●職		

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。	2 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 年 月 日 から 報酬額 円 令和 年 月 日 まで
	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。	3 1. はい 2. 請求中 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
	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
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	
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	3 1. はい 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。>>>

事業主記入用

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。																															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																																日	日	
令和	年	月																																日	日	
上記の期間																																		日	日	
賃金を支払																																		日	日	
上記の期間																																		日	日	
支給した (する)賃金内訳	区																																方法等)			
	基本																																			
	通勤																																			
	住居																																			
	扶養																																			
現物																																				
上記のと																																				
事業所所在																																				
事業所名称																																				
事業主氏名																																				

記入例

[illegible]

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。

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。〉〉〉

療養担当者記入用

医療機関で記入していただきます

記入例

【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。