

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	記号	番号	生年月日	年	月	日				
	被保険者等 (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	平成	<input type="text"/>	令和	<input type="text"/>
	氏名 (フリガナ)									
住所 (〒)										
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。(会社経由で健保に提出される場合は☑をいれてください。)										

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	<input type="checkbox"/> 1. 普通 2. 当座	3. 別段 4. 通知	口座番号	<input type="text"/>	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。)				
<input type="text"/>						

・被保険者等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

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印

支払日付印

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	平成 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	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 会社から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 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。	<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 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。	<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 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	<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

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。

事業主が証明するところ	被保険者氏名											
	労務に服さなかった期間	令和	年	月	日から	左記期間中	出勤日数	有給日数				
		令和	年	月	日まで		日間	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	賃金計算	締日	日				
日給				歩合給	支払日		当月翌月					
		その他 ()										
上記の期間に対して、報酬の全額又は一部支給した(する)場合												
支給した賃金内訳	令和	年	月	日	から	年	月	日	まで	日間	円	賃金計算方法
	令和	年	月	日	から	年	月	日	まで	日間	円	
	令和	年	月	日	から	年	月	日	まで	日間	円	
	令和	年	月	日	から	年	月	日	まで	日間	円	
	令和	年	月	日	から	年	月	日	まで	日間	円	
	令和	年	月	日	から	年	月	日	まで	日間	円	
令和 年 月 日												
上記のとおり相違ないことを証明する。												
事業所所在地												
事業所名称												
事業主氏名												
電話:												

事業主の皆様へ

申請につきましては、「賃金台帳(又は給与明細書)」及び「出勤簿」の写しを必ず添付してください。

「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(医師等) 記入用

療養担当者(医師等)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)	①	平成	令和	年	月	日
		②						②	平成	令和	年	月	日
		③						③	平成	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						
	労務不能と認められた期間	令和	年	月	日から	発病負傷							
		令和	年	月	日まで	日間							
	うち入院期間	令和	年	月	日から	日間	診療実日数	日	転帰	治癒	中止	繰越	転医
		令和	年	月	日まで	入院							
	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)												
この期間の傷病状態													
この期間の治療状況													
前月の症状との比較													
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 (必ずご記入ください)													
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	年	月	日	人工臓器等の種類	人工肛門 人工骨頭 人工透析	人口関節 心臓ペースメーカー 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:													