

# 記入例 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	被保険者証の （右づめ）	記号 1 0 0 1	番号 0 0 0 0	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	4 0 0 1 0 1
	氏名 （フリガナ）	ケンポ タロウ 健保 太郎			
	住所 電話番号 （日中の連絡先）	〒105-0000 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 〇〇マンション〇〇号室 TEL: 03-0000-0000			

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	〇〇〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> その他	〇〇〇〇	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 本所 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所
	預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	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。） ケンポ タロウ			

・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

記入不要

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

## 【押印の省略について】

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

令和3年4月改訂版から

- ・被保険者
  - ・事業主
  - ・療養担当医師
- 上記の押印が省略されました。

受付日付印

支払日付印

# 記入例 健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者（申請者）記入用

申請内容	1 傷病名	① 腰椎椎間板ヘルニア ② ③	2 発病 または 負傷 年月日	令和 3 年 1 月 10 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 checked="" type="checkbox"/> 1. 病気 (発病時の状況) 令和3年1月10日の自宅の引っ越しの際に腰を痛めてしまい、歩けなくなってしまった。 <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 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> から 日数 <input type="text" value="11"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> 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)	例) 経理事務・営業・現場作業員 等			

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 checked="" type="checkbox"/> 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 3 年 1 月 10 日 から 報酬額 <input type="text" value="102,000"/> 円 令和 3 年 1 月 20 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 checked="" type="checkbox"/> 1. はい → <input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 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。  〔「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 <input type="text"/> 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、その名称をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 1. はい → <input type="text"/> 名称 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。  〔「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 <input type="text"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 1. はい 3. いいえ 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。>>>

# 記入例 健康保険 傷病手当金 支給申請書

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	健保 太郎						
	労務に服さなかった期間	令和 3 年 1 月 10 日から	令和 3 年 1 月 20 日まで 11 日間	左記期間中	出勤日数	有給日数		
					0 日	2 日		
	上記の期間に対して賃金を支給しました(します)か?	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	給与の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給	賃金計算	締日	20 日
						支払日	<input checked="" type="checkbox"/> 当月 25 日 <input type="checkbox"/> 翌月	
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							賃金の減額及び欠勤控除等の計算方法をご記入ください。	
支給した賃金内訳	令和	030110	から	030120	まで	11 日間	102,000 円	賃金計算方法 (記入例) 欠勤控除あり (基本給30000 + 住宅手当20000) ÷ 19.75 = 16203 (切り上げ) 欠勤5日間 16,203 × 5 = 81,015 その他手当は欠勤控除なし 通勤交通費5000円は後日精算予定
	令和		から		まで	日間	円	
	令和		から		まで	日間	円	
	令和		から		まで	日間	円	
	令和		から		まで	日間	円	
	令和		から		まで	日間	円	
令和 3 年 4 月 5 日								
上記のとおり相違ないことを証明する。								
事業所所在地 東京都中央区八丁堀〇-〇-〇								
事業所名称 ニチアス株式会社								
事業主氏名 事業主代理人 〇〇 〇〇								
電話: 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇								

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。>>>

## 記入例 健康保険 傷病手当金 支給申請書

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	健保 太郎		
	傷病名	① 腰椎椎間板ヘルニア	療養の給付開始年月日(初診日)	① <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 3年 1月 10日
		②		② <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
		③		③ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	発病または負傷の年月日	令和 3年 1月 10日 <input type="checkbox"/> 発病 <input checked="" type="checkbox"/> 負傷	発病または負傷の原因	引っ越しの際、本の入った段ボール箱を持った際に受傷した。
	労務不能と認められた期間	令和 3年 1月 10日から 令和 3年 1月 20日まで 11日間		
	うち入院期間	令和 3年 1月 10日から 6日間 令和 3年 1月 15日まで 入院	診療実日数	7日 転帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input checked="" type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医
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	令和3年1月、腰椎椎間板ヘルニアを受傷し歩行困難となった。			
この期間の治療状況	1月10日初診時にMRI診断後、手術が必要と認められ当日入院となった。1月11日椎間板摘出術を行い、経過は良好である。			
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)				
退院後1週間程度は自宅加療が必要なこともあり、上記期間の就業(営業職の業務)は困難である。				
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 3年 4月 2日	
医療機関の所在地	〒105-0000 東京都〇〇区〇〇町1-1-1			
医療機関の名称	〇〇会 〇〇病院			
医師の氏名	〇〇 〇〇		電話: 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇	