

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被保険者証の （右づめ）	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/>
	氏名・印	(フリガナ)		
	住所	(〒 -) 都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）				

【退職後も継続して申請をする場合】

必要書類

- ・健康保険傷病手当金支給申請書①
- ・健康保険傷病手当金支給申請書②
- ・健康保険傷病手当金支給申請書④
- ・療養生活状況報告書

- ・年金証書の写し（年金を受給している場合）

- ・離職票1.2(失業保険の延長を行っている場合は延長通知書も)の原本

※以前傷病手当金の申請時に、健保組合に離職票1.2(延長通知書)の原本を提出済の場合は不要

「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

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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	H・R 年 月 日 H・R 年 月 日 H・R 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 <input type="checkbox"/> 2. ケガ	(発病・ケガ時の状況)	
	4 療養のため休んだ期間(申請期間)	R _____年 ____月 ____日 から R _____年 ____月 ____日 まで	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。	R _____年 ____月 ____日 から 報酬額 _____円 R _____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)傷病名及び金額等をご記入ください。	傷病名 _____
	「請求中」と答えた場合は、傷病名・支給開始予定日をご記入ください。	支給開始 年月日 □昭和 ____年 ____月 ____日 □平成 ____年 ____月 ____日 □令和 ____年 ____月 ____日 年金額(年額) _____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、金額等をご記入ください。	「請求中」と答えた場合は、傷病名・支給開始予定日をご記入ください。	支給開始 年月日 □昭和 ____年 ____月 ____日 □平成 ____年 ____月 ____日 □令和 ____年 ____月 ____日 年金額(年額) _____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																																				
	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																							
	R	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
	R	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
R	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	
上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給		<input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給		賃金計算		締日				日																				
							<input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他				支払日		<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月				日																				
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	単価	月 日 ～ 月 日分	月 日 ～ 月 日分	月 日 ～ 月 日分	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。																															
	区分		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																																				
現物給与																																					
計																																					
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

事業主が証明するところ	1 氏名 健保 太郎																																		
	2 【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																					
	平成26年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	計	4日	1日
	平成26年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	計	3日	0日
平成 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	
上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？			3 <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		4 給与の種類		<input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給		<input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給		賃金計算		締日		15日																				
							<input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他				支払日		<input checked="" type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月		25日																				
5 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	単価	4月16日 ～5月15日分	月 日 ～ 月 日分	月 日 ～ 月 日分	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。																													
	区分		支給額		支給額		支給額		基本給:欠勤控除あり 300,000円÷20日×11日 =165,000円																										
	基本給	300,000	135,000						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円支給																										
	通勤手当	120,000							住居手当:欠勤控除なし																										
	住居手当	20,000	20,000						扶養手当:欠勤控除なし																										
	扶養手当								手当																										
	手当								現物給与																										
現物給与								計																											
計	440,000	155,000																																	
上記のとおり相違ないことを証明する。																			令和 26年 5月 21日		担当者氏名 ○○ ○○														
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																			電話 03 () () () ()																

- 【被保険者の方へ】
- 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】
- 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。
 - 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。
 - 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。
 - 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。
- ※出勤簿の写を提出する場合は、2を省略できます。
 ※賃金台帳の写を提出する場合は、5の期間と区分は省略できますが、賃金計算方法はご記入ください。

「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

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)	
		(3)	
	発病または負傷の年月日	H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷
労務不能と認められた期間	R 年 月 日から R 年 月 日まで	日間	
うち入院期間	R 年 月 日から R 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
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	転帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医
	○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 R 年 月 日
			退院年月日 R 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	姓前氏名	健保 太郎
2	傷病名	(1) 頸骨骨折
3	療養の給付開始年月日 (初診日)	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 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 平成 年 月 日 退院年月日 平成 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	頸骨を骨折し、4/22初診。頸骨バンドで頸骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。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。
	人工透析の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 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。	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。