記入例

請者）記入用　1　2　3　4

健康保険
傷病手当金　支給申請書

被保険者（申請者）情報			
被保険者の（右づめ）	記号 999	番号 9999	生年月日　年　月　日 □ 昭和 □ 平成　**11 11
氏名・印	（フリガナ）ケンポ　タロウ 健保　太郎		
住所	（〒 422 － ＊＊＊＊ ）　静岡 都 道 府 県　静岡市葵区〇〇〇〇		
電話番号（日中の連絡先）	TEL 090（＊＊＊＊）＊＊＊＊		

☑ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

日中連絡のとれる連絡先を記入してください

事業所を経由して書類の申請を行う場合、必ずチェックを入れてください

記号・番号は
①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書（健康保険証）のいずれかでご確認ください。

【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

静岡県農業団体健康保険組合

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) 左大腿骨骨折	2 発病または負傷年月日	H・Ⓡ ＊ 年 5 月 17 日
	2)		H・R 年 月 日
	3)		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。	2 1. 病気 2. ケガ	（発病・ケガ時の状況） 自転車で移動中側溝に落ちた	
4 療養のため休んだ期間（申請期間）	R ＊＊0518 から R ＊＊0531 まで	日数	14 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）	支店窓口対応及び事務		

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。	1 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。	R ＊ 年 5 月 1 日 から R ＊ 年 5 月 17 日 まで 報酬額 161,291 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。	1 1. はい 2. 請求中 3. いいえ → 1 1. 障害厚生年金 2. 障害手当金
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 □平成 ✓令和 ＊ 年 1 月 7 日　年金額（年額） 552,960 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。	□ 1. はい 2. 請求中 3. いいえ → 名称
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 □平成 □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	2 1. はい 2. 労災請求中 3. いいえ
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	保険者 被保険者 保険者

！初回の申請の際には、待期期間を含めて申請を行ってください。
※待期期間→療養のために連続して仕事を休んだ３日間のこと。
療養の為に休んでいるのであれば、休日・平日、給与の支給の有無は問いません。

！申請は１カ月単位（月末ごと）に請求してください。

！4枚目の療養担当者記入用の「労務不能と認められた期間」とズレがないか確認してください。

ージに続きます。〉〉〉

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

勤務状況　【出勤は〇】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 5 月	公公公公公⑦⑧⑨⑩公公⑬⑭⑮⑯△△公公公公公公公公公公公	計	8 日	1 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？　✓はい　□いいえ

給与の種類　✓月給　□時間給　□日給　□歩合給　□日給月給　□その他

賃金計算　締日　日　／　支払日　✓当月　□翌月　31 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

区分＼期間	単価	5 月 1 日 ～ 5 月 31 日分	月 日 ～ 月 日分	月 日 ～ 月 日分
		支給額	支給額	支給額
基本給	250,000/月	137,096円		
通勤手当	1,500/月	823円		
住居手当	5,000/月	2,742円		
扶養手当	15,000/月	8,226円		
時間外 手当		12,404円		
手当				
現物給与				
計	271,500円	161,291円		

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。

基本給250,000×17/31＝137,096円
通勤手当1,500×17/31＝823円
住居手当5,000×17/31＝2,742円
扶養手当15,000×17/31＝8,226円
時間外手当12,404円
計161,291円

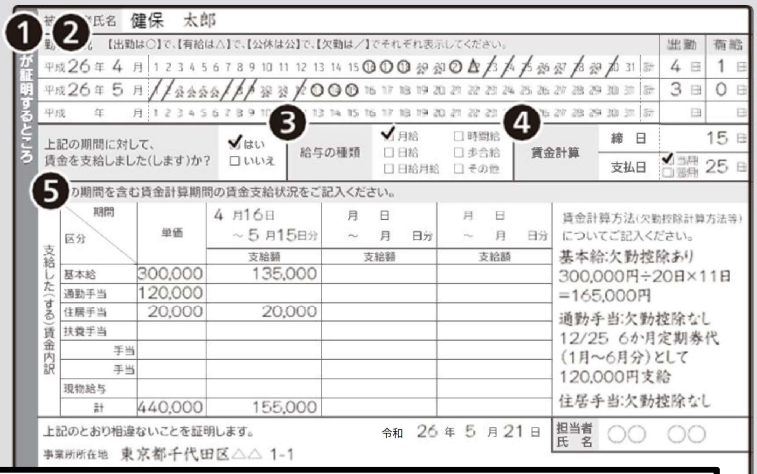
上記のとおり相違ないことを証明する。　令和 ＊ 年 6 月 15 日

担当者氏名 組合　彩子

事業所所在地 静岡県静岡市××
事業所名称 大浜農業協同組合
事業主氏名 健保　理事太郎

電話 ＊＊＊（＊＊＊）＊＊＊＊

記入例



【被保険者の方へ】

❶ 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】

❷ 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、出勤した場合は〇で、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。

❸ 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。

❹ 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。

❺ 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、❷を省略できます。
! ※賃金台帳の写を提出する場合は、❺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。

！出勤簿・賃金台帳の（写）を添付する場合は、それぞれの写しに事業主の証明（事業所のゴム印）が必要です。

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。〉〉〉

医師記入欄用紙

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) (2) (3)	療養の給付開始年月日（初診日）	(1)H・R 年 月 日 (2)H・R 年 月 日 (3)H・R 年 月 日
発病または負傷の年月日	H・R 年 月 日 □発病 □負傷	発病または負傷の原因	
労務不能と認めた期間	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 日間 R 年 月 日まで 入院	療養費用の別	□ 健保 □ 公費（ ） □ 自費 □ その他
		転帰	□ 治癒 □ 中止 □ 繰越 □ 転医
診療実日数 日	診療日を○で囲んでください。		

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

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

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	□昭和 □平成 □令和 年 月 日	人工臓器等の種類	□ 人工肛門 □ 人工関節 □ 人工骨頭 □ 心臓ペースメーカー □ 人工透析 □ その他（ ）

上記のとおり相違ありません。

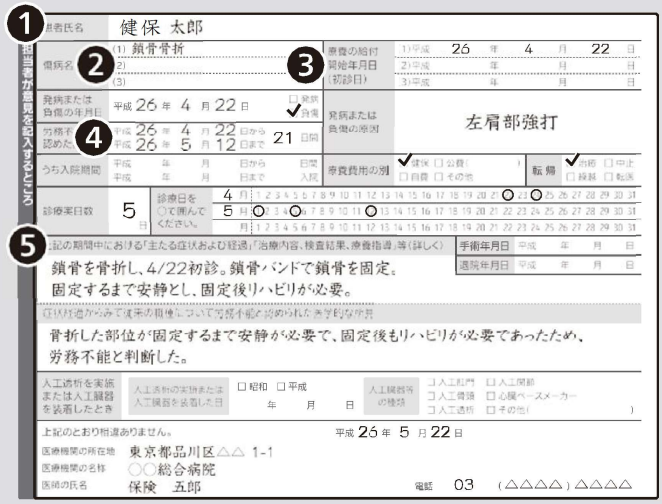
令和 年 月 日

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



【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。