

健康保険

傷病手当金 支給申請書

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	記号	9 9 9	番号	9 9 9 9	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)				<input type="checkbox"/> 昭和	*	*	1 1 1 1
	氏名・印	(フリガナ)	ケンポ	タロウ	<input type="checkbox"/> 平成			
	住所	(〒	422	-	****	静岡	都 府	道 県
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	090	(****)	****				
	<input checked="" 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☑)							

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

日中連絡のとれる連絡先を記入してください

【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) 左大腿骨骨折 2) 3)	2 発病 または 負傷 年月日	H (R) * 年 5 月 17 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。	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 * * 0 5 1 8 から R * * 0 5 3 1 まで	年 月 日	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	R * 年 5 月 1 日 から R * 年 5 月 17 日 まで	報酬額 161,291 円	
	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。					
	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. 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 * 年 1 月 7 日	令和 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、その名称をご記入ください。			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。				支給開始 年月日 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 保険者 被保険者 保険者 受けた						

！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。

→ 2ページに続きます。 >>>

健康保険 傷病手当金 支給申請書

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	発病または負傷の原因
		R 年 月 日まで	
	うち入院期間	R 年 月 日から	療養費用の別
		R 年 月 日まで	
	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
○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	人工臓器等の種類	
		令和 年 月 日	
上記のとおり相違ありません。			
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 25 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 <input checked="" type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷
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 21 日間
	発病または負傷の原因 左肩部強打
	うち入院期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間
	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 5 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。 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
	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
	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。
	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 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 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。 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 ○○総合病院
	医師の氏名 健保 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。