

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

申請回数 第 回目

被保険者（申請者）情報	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号 □□□□	番号 □□□□□□	枝番 00	マイナ ンバー	記号・番号を記載した場合は記入不要です □□□□□□□□□□□□□□			
	氏名	(フリガナ) -----			生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
						<input type="checkbox"/> 平成	□□	□□	□□
	住所	〒	—			都	道		
						府	県		
電話番号	自宅	()							
	携帯	()							
委任 選択欄	申請書の審査・決定にあたり、組合からの支払決定通知書等の送付先及び問い合わせ方法について選択してください								
	<input type="checkbox"/>	1. 上記の被保険者（申請者）住所・電話番号へ送付・問い合わせを希望します。							
	<input type="checkbox"/>	2. 事業所の担当者経由で、送付・問い合わせを希望します。（申請書提出時に既に退職されている方は「1」を選択してください）							

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 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	□□□□□□□□□□	※7桁未満の場合は、頭に0をつけて7桁での記入にご協力ください。
	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。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)		口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は受取代理人の欄を必ず記入ください。

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。			年	月	日
	被保険者 (申請者)	氏名				
	代理人 (口座名義人)	(〒 —)	TEL	()		申請者との 身分関係
		住所				
		(フリガナ)				
		氏名				

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

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	2 発病 または 負傷 年月日	年 月 日
	2)	年 月 日	年 月 日
	3)	年 月 日	年 月 日
3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。 ※仕事中や出・退勤中のおケガは「労災保険」が優先されます。 ※交通事故等の相手がいる事故は「第三者の行為による傷病届」の提出が必要です。		<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ	いつ、どこで、何を、どこを、どのように負傷したかを記入してください。
4 療養のため休んだ期間【申請期間】		年 月 日から 年 月 日まで	日数 日間
5 あなたの仕事の内容 ※休職に入る前に従事していた仕事の内容を記入。 ※退職後の申請の場合は退職時点の仕事の内容を記入。		※記入漏れが多いです。毎回必ず記入してください（事務・ドライバー・倉庫作業・乗務員等） 私の仕事は _____ です	

確認事項	1 療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか (申請期間中の有給や、欠勤控除されずに満額支払われた家族・住宅・通勤手当等がある場合は、その手当の名称を記入してください)	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	手当等の名称
	2 入社して一年未満での請求ですか(1回目の申請時のみ記入)	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	2-①②の設問にご回答ください。前保険者への調査が必要となる場合があります。調査を必要とした際は、別途「健康保険の加入状況について」及び「同意書」の提出が必要となります。
	2-①「はい」と答えた場合は、過去に加入していた保険者から傷病手当金を受給したことがありますか	<input type="checkbox"/> 1. 受給したことがある <input type="checkbox"/> 2. もらっていない	受給した傷病名
	2-②「受給したことがある」と答えた場合は、支給をしていた保険者の名称と受給期間をご記入ください	保険者名称	受給期間
	3 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ	年金振込通知書等の年額が分かるものを添付ください 傷病手当金返納同意書の提出が必要です。詳しくは組合給付課までお問い合わせください。
	3-① 「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)傷病名等をご記入ください	傷病名	基礎年金番号
4 健康保険の資格を喪失(退職)した方で 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	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ	年金振込通知書等の年額が分かるものを添付ください 傷病手当金返納同意書の提出が必要です。詳しくは組合給付課までお問い合わせください。	
4-① 「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	年金額	円
5 今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けていますか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ	療養・休業補償給付等支給決定通知を添付ください 傷病手当金返納同意書の提出が必要です。詳しくは組合給付課までお問い合わせください。	
5-① 「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		
6 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

メモ欄

「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。																																			
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	出勤	有給
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
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		賃金計算		締日		日							
																<input type="checkbox"/> 日給		<input type="checkbox"/> 歩合給				支払日		<input type="checkbox"/> 当月		<input type="checkbox"/> 翌月		日							
																<input type="checkbox"/> 日給月給		<input type="checkbox"/> その他										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	単価/月給・日給・時給	月 日 ~ 月 日 日分		月 日 ~ 月 日 日分		月 日 ~ 月 日 日分		【賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)】
			支給額		支給額		支給額		
	基本給								【申請期間中に欠勤控除していない通勤手当の支給はありますか】 1. 有 <input checked="" type="checkbox"/> 支給期間 月 日 ~ 月 日 2. 無 <input type="checkbox"/> その月の賃金台帳を添付ください
	通勤手当								
	住居手当								
	扶養手当								
	手当								
	手当								
	手当								
	計								

上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日

事業者所在地
事業所名称
事業主氏名 電話 ()

担当者氏名

※初回の申請時は、必ず「賃金台帳(給与明細)」の写および「出勤簿(タイムカード)」の写を添付して下さい。また、2回目以降の請求であっても給与の支払がある場合は、賃金台帳および出勤簿を添付して下さい。

記入例

1 2 3 4 5

氏名 協会 太郎

【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。

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? 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 15日 支払日 当月 25日 翌月

支給した(する)賃金内訳	区分	単価	4月16日 ~ 5月15日 日分		月 日 ~ 月 日 日分		月 日 ~ 月 日 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。
			支給額		支給額		支給額		
	基本給	300,000							基本給:欠勤控除あり 300,000円+20日×11日=165,000円 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 住居手当:欠勤控除なし
	通勤手当	120,000							
	住居手当	20,000							
	扶養手当								
	手当								
	手当								
	現物給与								
	計	440,000	155,000						

上記のとおり相違ないことを証明します。 平成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】

- ① 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】

- ② 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。
- ③ 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。
- ④ 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。
- ⑤ 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。

「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	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	年 月 日から 年 月 日まで	日間	
うち入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間 入院	
診療実日数	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	年 月 日
		退院年月日	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(詳しく)			
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	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。		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	患者氏名	協会 太郎
2	傷病名	(1) 鎖骨骨折
3	療養の給付開始年月日 (初診日)	(1)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 21 日間
	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 ○で囲んで ください。 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 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
	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、固定後も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 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。

1. 添付書類

- (1) 第1回目の申請の方
 - ① 労務に服することができなくなった日（休職した日）の前1ヶ月からP2に記載した「療養のため休んだ期間（申請期間）」までの分が網羅されている出勤簿と賃金台帳の写し。
 - ② 通勤手当等が複数月分（6ヶ月定期代等）まとめて支払われていて、欠勤日以降の手当の払い戻しや差額精算等がない場合は、その手当が支払われた月の賃金台帳の写し。※第2回目以降の申請時は、申請期間中に給与の支給（有給や出勤）がある場合のみ出勤簿と賃金台帳を添付してください。
- (2) 障害厚生年金（障害手当金）を受給されている方
傷病手当金の疾病と同一の疾病で「障害厚生年金（障害手当金）」を受給している場合は、年金額が記載されている日本年金機構発行の年金証書や振込通知書の写しを添付してください。
なお、同一の疾病による障害厚生年金を請求中の場合は、傷病手当金の返納同意書の添付が必要です。
- (3) 退職後の申請期間で老齢厚生年金（60歳代前半の特別支給を含む）を受給されている方
直近の年金額が記載されている日本年金機構発行の改定通知書や振込通知書の写しを添付してください。
- (4) その他
入社されてから一年未満での申請や、業務上のケガ等で労災保険を請求されている場合などは、上記以外にも、審査や調査に必要な書類の提出を求める事がありますので予めご了承ください。

2. 記入方法

組合ホームページの「申請書一覧（6.給付に関する書式）」にある記入例をご参照ください。

3. 注意事項

- (1) 記入を誤ってしまった場合の訂正方法について
記入誤りがあった場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記載してください。訂正印は不要ですが、訂正した方が分かるように訂正箇所付近の余白に氏名（フルネーム）を記入してください。
- (2) 振込先指定口座について
被保険者（申請者）の口座情報を記入してください。なお、被保険者（申請者）以外の方に振込を希望される場合は、「受取代理人の欄」に被保険者（申請者）および代理人の署名が必要になります。
※扶養家族の方の口座を希望した場合も「代理人」に該当します。受取代理人欄の記載もれがないようご注意ください。
- (3) マイナンバーでの申請について
被保険者等の記号・番号が不明により、マイナンバーで申請する場合は、マイナンバー欄に番号を記入してください。なお、被保険者等の記号・番号は【資格情報のお知らせ】に掲載されています。

4. 提出と振込までの流れ

- (1) 提出までの流れ
被保険者（申請者）記入用のページ（P1・P2）を記入後、担当の医師より「申請期間」に対する証明（P4）を受け、最後に事業主の証明（P3）を受けてください。
※退職されている方で申請期間が退職日以後の場合は事業主の証明（P3）は必要ありません。
- (2) 申請書の提出（送付）先及び問い合わせ先
 - ・ 在職中（申請期間が在職中のもの）の方は、事業主の証明が必要となるため事業所の担当者へ提出してください。
 - ・ 退職後（申請期間が退職日以後のもの）の方は、P3は空白のまま下記住所に直接提出（送付）してください。
申請方法や制度についてのご質問は下記までご連絡をお願いします。

〒135-0047 東京都江東区富岡2丁目11-12
倉庫業健康保険組合 給付課 TEL 03-3642-8436

- (3) 振込日について
申請期間や添付書類等に不備がなければ受付日よりおおよそ2週間程で指定口座へお振込みいたします。
※保険給付決定支払通知書は振込日に、被保険者（申請者）情報の委任選択欄で記入（希望）された所へ送付いたします。