

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 1 回目

申請回数を記入してください。不明な場合は空白のままご申請ください。
※前回と同一疾病の場合は何回目かを記入し、新しい疾病の場合は1回目となります。

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	マイナンバー
		1 2 3	4 5 6	0 0	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2
	氏名	(フリガナ) ソウコ タロウ	倉庫 太郎	生年 月日	昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>
	住所	〒 100 - 1234	東京	東京都	江東区富岡1-1-1 ライオンズマンション503
	電話番号	自宅 03 (1234) 5678 携帯 090 (9876) 5432			
委任 選択欄	申請書の審査	組合からの問い合わせ並びに決定通知書の送付先をお選びください。			方法について選択してください
	1	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。			
		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）			

記号と番号を記入された場合は、マイナンバーは記入しないでください。

被保険者とは、お勤めされ
保険料をご負担されている
方を指します。
被扶養者の方の名前を記入
しないよう注意してください。

マンション・アパート名まで記入してください。

ゆうちょ銀行は支店番号3桁を記入し、その他の金融機関は支店名を記入してください。

振込先 指定口座	金融機関 名称	ゆうちょ	銀行	金庫	信組	本店	支店
			農協	漁協	108	出張所	
			その他 ()	(※ゆうちょ銀行は支店番号3桁を記入)		本所	支所
預金種別	1	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	0 1 2 3 4 5 6	※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	1	1. 申請者 2. 代理人
	ソウコ タロウ						

「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	被保険者 (申請者)	氏名	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
	代理人 (口座名義人)	(フリガナ) 氏名	被保険者(上記でいう太郎さん)以外の口座を記入された場合は、こちらの「受取代理人の欄」に被保険者と代理人の署名が必要となります。 ※配偶者の方も代理人にあたります、署名漏れがないようご注意ください。		
		(〒) 住所	申請者との 身分関係		

「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) 左膝前十字靭帯損傷	2 発病 または 負傷 年月日	R5 年 5 月 1 日
	2)		年 月 日
	3)		年 月 日
3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。 <small>※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。</small>	2 1. 病気 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。 休日に、近所の公園で、サッカーをしている際に転倒し、左膝を捻った。	
4 療養のため休んだ期間【申請期間】	R5 年 5 月 1 日 から R5 年 5 月 31 日 まで		日数 31 日間
5 あなたの仕事の内容 <small>※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。</small>	申請期間中に従事していたであろう、仕事内容を記入してください。 私の仕事は 倉庫内での梱包作業 です		

申請期間となるため、この期間に対して、医師より「労務不能」であるかの証明をP4に受けてください。

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)	1 1. はい 2. いいえ	手当等の名称 家族手当・通勤手当
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)	1 1. はい 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。調書を必要とした際は、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	1 1. 受給したことがある 2. もらっていない	受給した傷病名 腰椎椎間板ヘルニア <small>(受給した病名が複数ある場合は直近の病名を)</small>
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 協会けんぽ東京支部	受給期間 R4 年 8 月 1 日 から R4 年 10 月 31 日 まで <small>(不明な場合はおおよその期間を記入)</small>
3 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか	1 1. はい 2. 請求中 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 変形性股関節症	基礎年金番号 1234-567890 年金額 1,200,000
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	1 1. はい 2. 請求中 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 1234-567890	年金額 1,000,000
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	1 1. はい 2. 請求中 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	中央 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

添付書類で不明な点は組合までご相談ください

メモ欄

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

P3は事業所担当者 記入用です

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	①																																	
	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				
	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?	□ はい		②		□ いいえ		□ 月給		□ 時間給		□ 日給		□ 歩合給		□ 日給月給		□ その他		賃金計算		締日		支払日		□ 当月		□ 翌月		日		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/月給・日給・時給	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日	【賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)】																													
	区分		支給額	支給額	支給額	⑧																													
	基本給																																		
	通勤手当																																		
	住居手当	⑦			⑥																														
	扶養手当																																		
	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。																												年	月	日	担当者氏名				
事業所所在地																												④							
事業所名称																																			
事業主氏名																												電話 ()							

【傷病手当金ご担当者様】証明の際の参考にしてください。

① = 記入必須項目です

- 被保険者の氏名を記入してください。
- 申請期間中の、賃金の支給有無(有給による基本給・家族・住宅・通勤手当など欠勤控除していない手当がある場合は「はい」となります)、給与の種類、締日・支払日を記入してください。
- 申請期間中に通勤手当の支給があるか記入してください。休職日以降に対して通勤手当の払戻がない場合は、通勤手当の支給期間(日付まで記載)と通勤手当が支払われた月の賃金台帳を添付してください。
- 事業主の証明と証明日(証明した日)及び担当者の氏名・連絡先を記入してください。

⑤⑥ = 以下の場合省略可能項目です

- ⑤⑥申請期間の賃金台帳と出勤簿の添付がある場合は記入を省略できます。
【注】第1回目の請求時と第2回目以降で基本給や手当等の支払がある場合は「賃金台帳」及び「出勤簿」を必ず添付願います。(よって2回目以降で賃金の支払がなく⑤⑥を記入された場合は賃金台帳と出勤簿の添付は省略できます)

⑦⑧ = 以下の場合記入必須項目です

- 申請期間に対して賃金の支給がある場合に記載してください。
 - 基本給の欄は、月給者は「月額単価」を、時給者は「時給単価」を、日給者は「日給単価」を記入してください。
 - 各手当の単価欄については、欠勤控除される前の手当の「月額」を記入してください。
 - 通勤手当については、月払いであれば「10,000/月」、出勤日数に応じて支払われる場合は「300/日」など月払いか日払いかが明確になるように記載ください。
- 賃金台帳上に「欠勤控除」や「減額金」等が計上されている場合は、欠勤控除や減額金の計算式を記入してください。

(例) 350,000円 ÷ 20日 × 5日 = 87,500円
(基本+手当) (所定日数) (欠勤日数) (欠勤控除額)

「所定日数」が分からないと組合で金額の確認ができません。記載にあたっては、「文言だけの式ではなく、数字を交えた式」を記入してください。

P4は担当医師記入用です

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) _____年 _____月 _____日 (2) _____年 _____月 _____日 (3) _____年 _____月 _____日
	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	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
上記の期間中における「主たる傷病名」	手術年月日 _____年 _____月 _____日		退院年月日 _____年 _____月 _____日
<p style="text-align: center;">P2に記載した、申請期間と同一期間もしくは申請期間内の証明を受けてください。</p>			
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	<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。			
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 <input checked="" type="checkbox"/> 発病
4	労務不能と認められた期間	平成 26年 4月 22日から 21日間
4	うち入院期間	平成 26年 5月 12日まで
5	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 23 24 25 26 27 28 29 30 31 5月 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	上記の期間中における「主たる傷病名」	左肩部強打
鎖骨を骨折し、4/22初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。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 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 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。		
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 保険 五郎		
電話 03 (△△△△)△△△△		

【被保険者の方へ】

1 療養担当者(医師等)の意見をを受けてください。

【療養担当者の方へ】

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。