

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

(第 回)

1 2 3 4

被保険者(申請者)記入用

被保険者が病気やケガのため仕事に就くことができず、給与が受けられない場合の生活保障として、給付金を受ける場合にご使用ください。申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者(申請者)情報	記号 番号	氏名	生年月日
	被保険者等記号・番号(右づめ)	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
住所	(〒 123 - 5678 )	山口 都道府県	1 0 0 8 1 1
電話番号(日中の連絡先)	TEL 080 ( 1234 ) 5678	山口市〇〇1-2-3 △△マンション456	

確認	<input checked="" type="checkbox"/> 右記の要件を確認し、 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。	この申請については①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。
----	--	--

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 〇〇〇〇 〇〇〇〇 金庫 信組 農協 漁協 其他 ( )	本店 支店 出張所 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 1 2 3 4 5 6 7 左づめでご記入ください。
	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。) ケンポ ° タロウ	口座名義の区分 1 1. 申請者 2. 代理人

「2. 代理人」の場合は必ずご記入ください。

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	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。 令和 年 月 日 氏名 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人(口座名義人)	(〒 - ) TEL ( ) 住所 (フリガナ) 氏名 委任者と代理人との関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄  
(被保険者等記号・番号を記入した場合は不要です)

(6.12)  
受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

# 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) <b>急性肺炎</b>	2 発病 または 負傷 年月日	令和 <b>6</b> 年 <b>2</b> 月 <b>22</b> 日
	2)		令和 年 月 日
	3)		令和 年 月 日
3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	1. 病気 (発病時の状況) 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください		
4 療養のため休んだ期間(申請期間)	(令和) 年 月 日 060222 から 日数 060312 まで <b>20</b> 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)	<b>経理担当事務</b>		

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。	令和 <b>6</b> 年 <b>2</b> 月 <b>16</b> 日 から 報酬額 <b>0000</b> 円 令和 <b>6</b> 年 <b>3</b> 月 <b>15</b> 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。	3 1. はい 2. 請求中 3. いいえ 傷病名 基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 年 月 日 年金額 円 □昭和 □平成 □令和
	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)傷病名及び基礎年金番号をご記入ください。  「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。	1. 障害厚生年金 2. 障害手当金 「はい」の場合
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。	3 1. はい 2. 請求中 3. いいえ	
3-1 「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。  「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみをご記入ください。	基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 年 月 日 年金額 円 □昭和 □平成 □令和	
4 労災保険から休業補償給付を受けていますか。(または、過去に受けたことがありますか。)	3 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	

健康保険傷病手当金支給申請書記入の手引きの「添付書類を」用意ください。「および」支給期間と支給額を「確認」してください。

「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つた期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。

**1** 事業主が証明するところ

**2** 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。

令和 6年 2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
令和 6年 3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	2日
令和 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  翌月 25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。

区分	単価	2月16日 ~ 3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。
		支給額	支給額	支給額	
基本給	300,000	90,000			基本給・通勤手当: 欠勤控除あり 300,000 ÷ 20日 × 14日 = 210,000 10,000 ÷ 20日 × 14日 = 7,000
通勤手当	10,000	3,000			
住居手当	20,000	20,000			
扶養手当					
手当					
手当					
現物給与					
計	330,000	113,000			

上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 6年 3月 31日 担当者氏名 ○○ ○○

事業所所在地 ○○市△△1丁目2番3号

事業所名称 ○○株式会社

事業主氏名 健歩 二郎 電話 ○○○ (○○○) ○○○○

## 記入例

**1** 事業主が証明するところ

**2** 保険者氏名 健保 太郎

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。

令和 6年 2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
令和 6年 3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	2日
令和 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  翌月 25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。

区分	単価	2月16日 ~ 3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。
		支給額	支給額	支給額	
基本給	300,000	90,000			基本給・通勤手当: 欠勤控除あり 300,000 ÷ 20日 × 14日 = 210,000 10,000 ÷ 20日 × 14日 = 7,000
通勤手当	10,000	3,000			
住居手当	20,000	20,000			
扶養手当					
手当					
手当					
現物給与					
計	330,000	113,000			

上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 6年 3月 31日 担当者氏名 ○○ ○○

事業所所在地 ○○市△△1丁目2番3号

事業所名称 ○○株式会社

事業主氏名 健歩 二郎 電話 ○○○ (○○○) ○○○○

### 【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つ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つ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。

※3か月を超えて証明する場合は、当ページをコピーして超えている部分をご記入ください。

※訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

「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

1 療養担当者が意見を記入するところ

患者氏名	健保 太郎		
傷病名	(1) 急性肺炎 (2) (3)	療養の給付開始年月日(初診日)	(1) 令和 6 年 2 月 22 日 (2) 令和 年 月 日 (3) 令和 年 月 日
発病または負傷の年月日	令和 6 年 2 月 22 日	<input checked="" type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または負傷の原因 風邪
労務不能と認められた期間	令和 6 年 2 月 22 日から 令和 6 年 3 月 12 日まで 20 日間		
うち入院期間	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで 入院	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(入院期間を含む)	4 日	診療日を○で囲んでください。(入院日含む)	2 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 3 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

5 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 令和 年 月 日 退院年月日 令和 年 月 日
---	----------------------------------

2/22風邪の症状にて受診。  
検査の結果、急性肺炎を認め、療養が必要。

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

高熱、咳、倦怠感等があり、症状が落ち着くまで療養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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	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。	令和 6 年 3 月 25 日		
医療機関の所在地	〇〇市△△4丁目5番6号		
医療機関の名称	〇〇総合病院		
医師の氏名	健保 四郎	電話	〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇

## 記入例

1 療養担当者が意見を記入するところ

患者氏名	健保 太郎		
傷病名	(1) 急性肺炎 (2) (3)	療養の給付開始年月日(初診日)	(1) 令和 6 年 2 月 22 日 (2) 令和 年 月 日 (3) 令和 年 月 日
発病または負傷の年月日	令和 6 年 2 月 22 日	<input checked="" type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または負傷の原因 風邪
労務不能と認められた期間	令和 6 年 2 月 22 日から 令和 6 年 3 月 12 日まで 20 日間		
うち入院期間	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで 入院	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(入院期間を含む)	4 日	診療日を○で囲んでください。(入院日含む)	2 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 3 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

5 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	令和 年 月 日	退院年月日	令和 年 月 日
-------	----------	-------	----------

2/22風邪の症状にて受診。  
検査の結果、急性肺炎を認め、療養が必要。

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

高熱、咳、倦怠感等があり、症状が落ち着くまで療養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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	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	〇〇市△△4丁目5番6号		
医療機関の名称	〇〇総合病院		
医師の氏名	健保 四郎	電話	〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇

### 【被保険者の方へ】

- 療養担当者(医師等)の意見を受けてください。  
※病院を転院した場合は、それぞれの病院で療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

### 【療養担当者の方へ】

- 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。

※3か月を超えて証明する場合は、当ページをコピーして超えている部分をご記入ください。  
※訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。