

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

傷

(第 回目) ※初回申請時は、別紙「同意書」を提出してください。

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)				
住所	(〒 -)		都 道	府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					

振込先指定口座	公金受取 口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は☑を、利用しない場合は下記の欄を記入してください。)			
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 代理店 出張所 本店営業部 その他 () 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	<input type="text"/>	左づめで記入してください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けて記入してください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字として記入してください。)		口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入してください。

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 ()	委任者と 代理人との 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。>>>

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記、備考欄へ記入してください。
※申請書に被保険者証の記号・番号を記入せず、備考欄にマイナンバーを記入した場合、「個人番号カードの写し(両面)」又は「個人番号通知カード又は個人番号が付記された住民票」と「本人を確認できる書類(運転免許証又はパスポート等)の写し」の添付が必要となります。

備考欄

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

傷

被保険者氏名

申請内容

1 傷病名	1)	2 発病 又は負傷 年月日	平成・令和	年	月	日
	2)		平成・令和	年	月	日
	3)		平成・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。		(発病時の状況)				
		<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ → 「負傷原因報告書」を併せて提出してください				
4 療養のため休んだ期間(申請期間)		(令和)	年	月	日	から
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			まで	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)						
6 療養状況について詳しく どのように過ごしたのかを具体的に (通院、診療内容、医師からの指示内容など)						

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。又は今後受けられますか。		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
1 - ① 「はい」と答えた場合、その報酬支払の対象となった(なる)期間(賃金計算期間)とその報酬額を記入してください。		令和	年 月 日 から 報酬額
		令和	年 月 日 まで 円
2 「障害厚生年金」又は「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。		<input type="checkbox"/> 1. はい → <input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 2. 請求中 → <input type="checkbox"/> 2. 障害手当金 <input type="checkbox"/> 3. いいえ	
2 - ① 「はい」と答えた場合は、受給の要因となった(なる)傷病名及び基礎年金番号等を記入してください。		傷病名	
		基礎年金番号	年金コード
「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号を記入してください。		支給開始年月	円
		<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令
3 (健康保険の資格を喪失した方は記入してください。) 老齢又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、その名称を記入してください。		<input type="checkbox"/> 1. はい → 名称 <input type="checkbox"/> 2. 請求中 → <input type="checkbox"/> 3. いいえ	
3 - ① 「はい」と答えた場合は、基礎年金番号等を記入してください。		基礎年金番号	
		年金コード	
「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。		支給開始年月	円
		<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令
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		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 労災請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ	
4 - ① 「はい」又は「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記入してください。		労働基準監督署	
5 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

「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

傷

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記入してください。

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。

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	出勤 日	有給 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
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 日
 支払日 当月 翌月

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を記入してください。

区分	期間	単価	月 日		月 日		月 日		賃金計算方法 (欠勤控除計算方法等)について記入してください。
			～ 月 日分	支給額	～ 月 日分	支給額	～ 月 日分	支給額	
基本給									
通勤手当									
住宅手当									
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します。 令和 年 月 日

担当者氏名

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話 ()

◎給与規程及び就業規則の写し、賃金台帳及び出勤簿の写しを添付してください。

記入例

1 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記入してください。

被保険者氏名 別室 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 2年 9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	6日	1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
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 末日
 支払日 9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記入してください。

区分	単価	9月 1日		月 日		月 日		賃金計算方法 (欠勤控除計算方法等)について記入してください。
		～ 9月 30日分	支給額	～ 月 日分	支給額	～ 月 日分	支給額	
基本給	350,000	122,500						基本給：欠勤控除あり 950,000円×20日間×欠勤13日 間＝227,500円
通勤手当	14,180	14,180						
住宅手当	20,000	20,000						
扶養手当	10,000	10,000						
手当								
手当								
現物給与								
計	394,180	166,680						住宅手当、養育手当：欠勤控除なし

上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 2年 10月 14日

担当者氏名 青木 OO

事業所所在地 東京都港区六本木〇-〇-〇

事業所名称 OA株式会社

事業主氏名 代表取締役社長 OA 一郎

電話 03 (1234) 0000

【被保険者の方へ】

1 勤務先の事業主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、空欄で提出してください。

【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、公休の場合は公で、欠勤の場合は、/で表示してください。
 (必要な添付書類) 給与規程及び就業規則の写し、賃金台帳及び出勤簿の写し

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。
 (必要な添付書類) 時間給・日給等の雇用契約期間を定めている場合は、申請期間にかかる「雇用契約書」の写し

4 賃金計算の締日及び賃金の支払日を記入してください。

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記入してください。また、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等を記入してください。

※3ヶ月を超えて証明する場合は、当ページをコピーして「続紙」とし、「続紙」にも、証明をしてください。勤務状況については、超えている月を記入してください。

「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

傷

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名				
	傷病名	(1)	初診日 (療養の給付 開始年月日)	(1) 平成・令和 年 月 日	
		(2)	(2) 平成・令和 年 月 日		
		(3)	(3) 平成・令和 年 月 日		
	発病又は 負傷の年月日	平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病又は 負傷の原因	
	労務不能と認 めた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間			
	うち入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間入院	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	転帰 <input 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)	診療日及び入院	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		
		してしつ日を〇で	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		
		日 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		
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		
症状経過からみて従来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 又は人工臓器を 装着したとき	人工透析の実施又は 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 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()			
上記のとおり相違ないことを証明します。			令和 年 月 日		
医療機関所在地					
医療機関名称					
医師氏名			電話 ()		

記入例

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名	測量 太郎			
	傷病名	(1) 悪性腫瘍	初診日 (療養の給付 開始年月日)	(1) 令和 2 年 9 月 9 日	
		(2)	(2) 令和 年 月 日		
		(3)	(3) 令和 年 月 日		
	発病又は 負傷の年月日	令和 2 年 9 月 8 日	<input checked="" type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病又は 負傷の原因	
	労務不能と認 めた期間	令和 2 年 9 月 9 日から 令和 2 年 9 月 22 日まで 14 日間			
	うち入院期間	令和 2 年 9 月 9 日から 令和 2 年 9 月 19 日まで 11 日間入院	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	転帰 <input 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)	診療日及び入院	9 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		
		してしつ日を〇で	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		
		日 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		
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		
悪性腫瘍(肺癌)悪化、上記病名と診断し入院を指示。経過良好にて9/18退院した。9/27再診時病状増悪であったため人工呼吸器及び安静が必要。			退院年月日 平成 28 年 9 月 19 日		
症状経過からみて従来職種について労務不能と認められた医学的な所見					
療養のため入院加療を要し、退院後も上記病名を以て安静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 又は人工臓器を 装着したとき	人工透析の実施又は 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 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()			
上記のとおり相違ないことを証明します。			令和 2 年 10 月 5 日		
医療機関所在地 〒194-0017 東京都世田谷区世田谷0-0-0					
医療機関名称 世田谷OA病院					
医師氏名 保原 一平			電話 03 (2345) 0000		

【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は、(1)から主たる病名を順次記入してください。

③ ②の傷病名について、その傷病の初診の日を記入してください。

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記入してください。また、証明日以前の期間を記入してください。

⑤ 症状及び経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しく記入してください。



同 意 書

健康保険法第99条に規定する傷病手当金の審査決定上、必要に応じ、測量地質健康保険組合が関係機関に対して、資格記録・給付記録・療養の給付記録(傷病手当金支給申請に係る診療報酬明細書及び調剤報酬明細書の写の提供を受けること)・診療履歴・年金受給の有無等の照会を行うこと、また、関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。

※ 関係機関とは、健康保険組合等医療保険者、医療機関、日本年金機構等をいいます。

※ 照会が複数となる場合は、本同意書の写も有効とさせていただきます。

令和 年 月 日

被保険者証の記号・番号

—

被 保 険 者 氏 名

生 年 月 日

昭和・平成 年 月 日

被 保 険 者 住 所

〒 —

電 話 番 号

()

傷病手当金

負傷原因報告書

業務外			労災	
一般	第三	目損	業災	通災

被保険者(申請者) 記入用

※外傷性の傷病による場合、以下太枠内を記入の上、申請書に添付してください。

健康保険証(記号—番号)	被保険者氏名	受診者氏名	被保険者と受診者の続柄
			本人・家族()
負傷の原因について	【いつ】	令和 年 月 日(曜日) 午前・午後 時 分頃	
	【その日は】	※被扶養者の方で、「パート」、「アルバイト」をしていない方はその他を選択し、()内に「学生」、「無職」等記入してください。 勤務日・公休日・会社の休日・私用で休み・その他() ↓(勤務日を選択の場合) 【就業時間】 午前・午後 時 分から 午前・午後 時 分まで	
	【どこで(場所)】	会社内・作業現場内・就業場所移動中・出張中・通勤(帰宅)途中 自宅・私用の外出先・学校・その他()	
	【何をしている時(何をしに行く時)】	※勤務中、昼休み中、スポーツ中、交通事故等、どのような経緯で負傷に至ったか具体的に記入してください。 ※負傷の原因が不明の場合、または負傷の事実が無い場合はその旨を記入してください。	
令和 年 月 日 上記のとおり報告いたします。			
被保険者氏名: _____			
被保険者の住所: 〒 _____			
記入者氏名: _____		被保険者との続柄: _____	
※記入者が被保険者の場合は省略可			
日中の連絡先: Tel _____ (被保険者・記入者) (自宅・会社・携帯)			

※この書類に記入された個人情報は健康保険組合が公表している使用目的以外に使用することはありません。

受付日付印