

4

(第 回 目)

被保険者等 申請者情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 	番号 	マイ ナンバー 	被保険者等記号番号が分からない場合に記入してください
	氏名	(フリガナ) 			生年月日
住所	(〒)				TEL ()
電話番号 (日中の連絡先)					
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は ☒)					

振込先指定口座	公金受取口座		☐ マイナポータル等で事前に登録した公金受取口座を利用します。 (マイナンバーと紐づく預貯金口座情報を国へ登録している場合のみ選択可。利用する場合は下記の口座情報は記入不要です。)											
	金融機関名称		銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()				本支店コード 			本店 支店 出張所 本所 支所				
	預金種別		☐ 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知		口座番号		1234567890					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(ゝ)は1字としてご記入ください。)							口座名義の区分		☐ 1. 申請者 ☐ 2. 代理人		

「2」の場合は必ず記入してください。

令和 年 月 日

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。	
		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。〉〉〉

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 傷病名	1) 2) 3)	2 発病 または 負傷 年月日	年 月 日 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。	☐ 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 ・交通事故等の第三者行為による場合は当組合にご連絡ください			
	4 療養のため休んだ期間(申請期間) ↓ 1ヵ月単位(給与計算期間等)で申請してください。	令和	年 月 日	から	日数 日間
	令和	年 月 日	まで		
	5 あなたの休職前の仕事の内容(具体的に) (退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)				

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」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。	☐ 1. はい 2. いいえ 令和 年 月 日から 報酬額 円 令和 年 月 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。 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. はい → ☐ 1. 障害厚生年金 ☐ 2. 請求手続き中 → ☐ 2. 障害手当金 ☐ 3. 請求予定(準備中) ☐ 4. いいえ 傷病名 基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 年金額 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、その名称ご記入ください。 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、基礎年金番号をご記入ください。]	☐ 1. はい → 名称 ☐ 2. 請求中 ☐ 3. いいえ 基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 年金額 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 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。	☐ 1. はい 2. 労災請求中 3. いいえ 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

「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

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		被保険者証等記号番号		—			
	労務に服できなかった期間		年 月 日から		年 月 日まで 日間			
	勤務状況		【出勤は○】、【有給は△】、【公休は公】、【欠勤は／】で、それぞれ数字の上に表示してください。		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		
	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		
	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 支払日	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ご記入ください。(賃金の支払がある場合は、賃金台帳の写しを添付してください。)							
	支給した(する)賃金内訳	期間	単価	月 日 ~ 月 日 月 日 分 月 日 分	支給額	支給額	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について、この欄または賃金台帳(写)の余白にご記入ください。	
		区分						
		基本給						
通勤手当※								
住居手当								
扶養手当								
手当						※ 通勤手当を毎月支給せず、定期券(相当額)を一括して支給している場合にご記入ください。		
手当						ヵ月定期券(代): 月 日 ~ 月 日分		
現物給与						円を 月 日に支給		
計								
上記のとおり相違ないことを証明する。							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	()

記入例

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬

被保険者氏名		健保 太郎		被保険者証の記号番号		123 - 456		
労務に服できなかった期間		令和 3 年 2 月 1 日から		令和 3 年 2 月 28 日まで		28 日間		
勤務状況		【出勤は○】、【有給は△】、【公休は公】、【欠勤は／】で、それぞれ数字の上に表示してください。		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		
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	支払日	
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。(賃金の支払がある場合は、賃金台帳の写しを添付してください。)								
支給した(する)賃金内訳	期間	単価	2 月 1 日 ~ 2 月 28 日 分	月 日 ~ 月 日 分	支給額	支給額	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について、この欄または賃金台帳(写)の余白にご記入ください。	
	区分							
	基本給	300,000	90,000				基本給欠勤控除 300,000 ÷ 20 日 × 14 日 = 210,000 円	
	通勤手当※	72,000	6ヵ月定期一括支給				扶養手当は全額支給	
	住居手当							
	扶養手当	5,000	5,000					
	手当						※ 通勤手当を毎月支給せず、定期券(相当額)を一括して支給している場合にご記入ください。	
	手当						6ヵ月定期券(代): 1 月 1 日 ~ 6 月 30 日分	
現物給与						72,000 円を 1 月 10 日に支給		
計		95,000						
上記のとおり相違ないことを証明する。							令和 3 年 3 月 12 日	担当者氏名
事業所所在地							東京都 ○○区 ○○町 3-2-1	
事業所名称							株式会社 △△観光	
事業主氏名							代表取締役社長 ○○ ○○	

【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		(1)	年	月	日																										
	(2)	開始年月日		(2)	年	月	日																										
	(3)	(初診日)		(3)	年	月	日																										
発病または 負傷の年月日	年	月	日	☐ 発病 ☐ 負傷	発病または 負傷の原因																												
労務不能と認 めた期間	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	療養費用の別	☐ 健保 ☐ 公費() ☐ 自費 ☐ その他	転帰	☐ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 転医																					
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
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																																	
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		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日	人工臓器 等の種類	☐ 人工肛門 ☐ 人工関節 ☐ 人工骨頭 ☐ 心臓ペースメーカー ☐ 人工透析 ☐ その他()																									
上記のとおり相違ありません。															令和	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

患者氏名	健 保 太 郎																																	
傷病名	(1)	左鎖骨骨折		(1)	令和	3	年	2	月	2	日																							
	(2)			(2)	年	月	日																											
	(3)			(3)	年	月	日																											
発病または 負傷の年月日	令和	3	年	2	月	2	日	☒ 発病 ☐ 負傷	発病または 負傷の原因 2/2 午後10時頃、自転車でご近所へ 行く途中、ハンドル操作を誤り転倒																									
労務不能と認 めた期間	令和	3	年	2	月	2	日から	令和					3	年	2	月	2	日まで	26日間															
うち入院期間	令和	3	年	2	月	3	日から	令和	3	年	2	月	10	日まで	8日間	入院	療養費用の別	☒ 健保 ☐ 公費() ☐ 自費 ☐ その他	転帰	☒ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 転医														
診療実日数	診療日を ○で囲んで ください。	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
		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	3	年	2	月	3	日																
										退院年月日		令和	3	年	2	月	10	日																
5 2/3 入院。左鎖骨を観血的手術でプレート固定。 術後経過良好のため 2/10退院し外来通院中。																																		
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 手術後も骨折部位が固定するまで安静が必要であるため、労務不能であった。 なお、固定後もリハビリが必要。																																		
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		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日	人工臓器 等の種類	☐ 人工肛門 ☐ 人工関節 ☐ 人工骨頭 ☐ 心臓ペースメーカー ☐ 人工透析 ☐ その他()																										
上記のとおり相違ありません。															令和	3	年	3	月	3	日													
医療機関の所在地 東京都 〇〇区 〇〇町 1-2-3																																		
医療機関の名称 △△△総合病院																																		
医師の氏名 ○〇 ○〇																																		
電話 〇〇 (××××) ××××																																		

【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。