

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3

被保険者（申請者）記入用

被保険者欄	被保険者証の (左づめ)	記号 [] []	番号 [] [] [] [] [] [] [] []	氏名 (フリガナ) _____
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	電話番号 (日中の連絡先)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 () () () 内線 ()
	会社名 事業所 所属	※退職者の方は住所をご記入ください。		

申請内容	1 傷病名	1) _____ 2) _____ 3) _____	2 発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 病気 (発病時の状況) _____ <input type="checkbox"/> ケガ → 負傷原因(以下のいずれかの中から選択 <input checked="" type="checkbox"/> してください) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中 (<input type="checkbox"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷 (飼主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> その他 []			
	4 療養のため休んだ期間 (申請期間)	<input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	から	<input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	まで 日数 _____ 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)	_____			

確認事項	1 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給(請求)していますか。受給している場合、どちらを受給(請求)していますか。	<input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 → <input type="checkbox"/> 障害手当金	
	1-① 「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。	傷病名 _____	
	[「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。]	基礎年金番号 _____	年金コード _____
		支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	年金額 _____ 円
	2 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、その名称をご記入ください。	<input type="checkbox"/> はい → 名称 _____ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中	
	2-① 「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 _____	年金コード _____
[「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。]	支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	年金額 _____ 円	
3 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 _____

※ 退職者の方(任意継続被保険者は除く)は、振込先口座の通帳(写)を添付してください。

〔備考〕
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、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認のため添付書類が必要です)

受付日付印

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3

事業主記入用

労務に服さなかっ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。

事業主が証明するもの	被保険者氏名																																				
	勤務状況【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は□】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。										出勤	有給																									
	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給		<input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他		賃金計算		締日		支払日		日		日		日		日		日		日		日		日		日		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	月日	月日	月日	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。																															
	区分		~	~	~																																
	基本給		月日分	月日分	月日分																																
	通勤手当		支給額	支給額	支給額																																
	住居手当																																				
	扶養手当																																				
	手当																																				
	現物給与																																				
計																																					
上記のとおり相違ないことを証明する。										担当者氏名										受付日付印																	
令和 年 月 日																																					
事業所所在地																																					
事業所名称																																					
事業主氏名										電話 ()																											

(2021.03)

記入上の注意	【被保険者の方へ】
	① お勤め先の事業所から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 労務に服さ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□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 労務に服さ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。	
⑥ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。	

「療養担当者記入用」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

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	(1) <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	(2)	(初診日)	(2) <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	(3)		(3) <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
発病または負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または負傷の原因	
労務不能と認められた期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から 日間 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで		
うち入院期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から 日間 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで	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	診療日を	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	
	○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	
	日	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	<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()
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日			
医療機関の所在地			受付日付印
医療機関の名称			
医師の氏名 電話 ()			

(2023.04)

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 21 日間
6	うち入院期間	平成 26 年 5 月 12 日まで
7	診療実日数	診療日を 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 ○で囲んでください。 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
8	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)	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。
9	人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
10	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()
11	上記のとおり相違ありません。	平成 26 年 5 月 22 日
12	医療機関の所在地	東京都品川区△△△ 1-1
13	医療機関の名称	〇〇総合病院
14	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。

6 ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。