

分かりやすい図解式

傷病手当金申請書の記入のポイント

1ページ目：被保険者記入欄

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 ページ

被保険者記入用

傷

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使用ください。
なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。



被保険者証	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日
	21700023	1	2 01 05 10
氏名 (カタカナ)	キョウカイ タロウ		
氏名	協会 太郎		
郵便番号 (ハイフン除く)	9500000	電話番号 (左づめハイフン除く)	025XXXXXX
住所	新潟 新潟市中央区〇〇1-1△△マンション101		

※退職後の申請の場合は、在職期間中の記号番号をご記入ください。

！ 記入不備注意

ゆうちょ銀行をご指定の場合は、振込用の漢数字3桁（一二八など）をご記入ください。

！ 記入不備注意

支店、出張所などの選択間違いが見受けられますので、正確にご記入ください。

！ 記入不備注意

口座番号は、上記被保険者（申請者）氏名と同じ名義の口座番号をご記入ください。

金融機関名称	○ ○	支店名	× ×
預金種別	1 普通預金	口座番号(左づめ)	1234567

2ページ目に続きます。 >>>

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄

被保険者証の記号番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。
※マイナンバーを記入した場合、身元確認を行うための書類と番号確認を行うための書類の添付が必要です。これらの添付がない場合は、申請書をお返しすることになりますので、ご注意ください。

以下は、協会使用のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者)	<input type="checkbox"/>	1. 記入有 (添付あり)	2. 記入有 (添付なし)	3. 記入有 (添付あり)		
添付書類	職歴 <input type="checkbox"/>	年金 <input type="checkbox"/>	労災 <input type="checkbox"/>	戸籍 (法定代理) <input type="checkbox"/>	口座証明 <input type="checkbox"/>	その他 <input type="checkbox"/>

6 0 1 1 1 1 0 1

【被保険者が亡くなられ、相続人の方が申請する場合】

被保険者情報欄の氏名には、申請される方の氏名を記入してください。（住所・振込口座も同様です。）
※生年月日欄は「被保険者」の生年月日を記入してください。
※被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等（相続人であることの確認できる書類）の添付が必要です。（申請できる方は相続順位が一番高い方になります。）

2ページ目：被保険者記入欄

！記入もれ注意

被保険者氏名をご記入ください。

！記入不備注意

未経過期間分（未末日）の申請はできません。申請期間が経過した後にご提出ください。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 ページ

被保険者記入用

被保険者氏名

協会 太郎

！記入もれ注意

非常に記入もれが多い箇所です。仕事内容をご記入ください。

！記入もれ注意

傷病名は毎回チェックしてください。

！記入もれ注意

この欄は、非常に記入もれが多い項目です。1が所でも記入もれがあると、申請書をお返すこととなりますので、ご注意ください。

！記入もれ注意

記入必須項目です。

- ・障害年金、障害手当金、老齢年金について、**支給を受けていなくても記入が必要となります**ので、その場合は必ず「2」とご記入ください。
- ・確認事項 [②-1] または [②-2] で「1」と答えた場合は必ずご記入ください。

① 申請期間 (療養のために休んだ期間)	令和 05 年 04 月 22 日 から 令和 05 年 05 月 12 日 まで
② 被保険者の仕事の内容 (退職後の申請の場合は、退職前の仕事の内容)	営業職
③ 傷病名	<input checked="" type="checkbox"/>
④ 発病・負傷年月日	1. 平成 05 年 04 月 22 日 2. 請求中 3. 未請求
⑤-1 傷病の原因	1. 仕事以外(業務外)での発病 2. 仕事上(業務上)での発病 3. 通勤途中での発病
⑤-2 労務災害、通勤災害の認定を受けていますか。	1. はい 2. 請求中 (労働基準監督署) 3. 未請求
⑥ 傷病の原因は第三者の行為(交通事故やケンカ等)によるものですか。	1. はい 2. いいえ
①-1 申請期間(療養のために休んだ期間)に報酬を受けましたか。	1. はい → ②-2へ 2. いいえ
①-2 ①-1を「はい」と答えた場合、受けた報酬は事業主証明欄に記入されている内容のとおりですか。	1. はい 2. いいえ → 事業主へ確認のうえ、正しい証明を受けてください。
②-1 障害年金、障害手当金について 今回傷病手当金を申請するものと同一の傷病で「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。(同一の傷病で障害年金等を受給している場合は、傷病手当金の額を調整します)	1. はい → ②-3へ 2. いいえ
②-2 老齢年金等について 労務災害による労務保険給付の請求後(期間)について、傷病手当金を受給する前(中)に同一の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。(公的年金を受給している場合は、傷病手当金の額を調整します)	1. はい → ②-3へ 2. いいえ
②-3 ②-1または②-2を「はい」と答えた場合のみ、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 年金額
③ 今回の傷病手当金を申請する期間において、別傷病により、労務保険から休業補償給付を受給していますか。	1. はい 2. 請求中 (労働基準監督署) 3. いいえ

確認事項 [②-1] [②-2] [③] について、「1.はい」の場合、かつマイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は下記の書類の添付がそれぞれ必要となります。(※1)

障害厚生年金を受けている方

- ・障害厚生年金の年金証書のコピー
- ・障害厚生年金の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)のコピー

老齢退職年金を受けている方 (申請期間が資格喪失後の場合)

- ・老齢退職年金の年金証書のコピー
- ・老齢退職年金の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)のコピー

労災保険から休業補償給付を受けている方

- ・休業補償給付支給決定通知書のコピー

(※1) マイナンバーを利用した情報照会を希望する場合でも、協会けんぽがマイナンバーを未収録である場合や、照会の結果、情報を取得できない場合は、添付書類の提出が必要になる場合があります。

3ページ目：事業主記入用

! 『賃金台帳や出勤簿のコピー』の添付は必要ありません。
 証明欄の内容で審査を行いますので、記入もれ・不備がないかをご確認のうえ証明してください。

例：4月22日から5月12日までの申請期間（給与の締日15日の場合）

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 ページ

事業主記入用

労務に就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および賃金支払い状況等をご記入ください。

! 記入もれ注意

被保険者氏名をご記入ください。

! 記入もれ注意

・「年月」を必ずご記入ください。
 ・2ページ目の申請期間のうち、出勤した日を○で囲んでください。

被保険者氏名 (カタカナ)		キョウカイ タロウ																													
性別		05	04	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																											
生年		05	05	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																											
生月				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																											
2ページ目の申請期間のうち、出勤していない日(上記○で囲んだ日以外の日)に対して、報酬等(※)を支給した日がある場合は、支給した日と金額をご記入ください。 ※有給休暇の場合の賃金、出勤等の有無に関わらず支給している手当(休業手当・住宅手当等)、喪事・任意等期間支給しているもの等																															
例	05	02	01	05	02	28	3000000																								
①	5	4	16	5	5	15	①20000																								
②	5	1	16	5	7	15	②120000																								
③	5	5	02	5	5	02	③8000																								
④	5	5	06	5	5	06	③8000																								
⑤																															
⑥																															
⑦																															
⑧																															
⑨																															
⑩																															
上記のとおり相違ないことを証明します。		5 5 25																													
事業所所在地	新潟県新潟市〇〇△-△-△																														
事業所名称	株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇																														
事業主氏名	健保 四郎																														
電話番号	025-XXX-XXXX																														

例)
 ①住宅手当20,000円を出勤等の有無に関わらず支給
 ②6か月定期代として、120,000円支給
 ③5/2、5/6を有休消化
 ・出勤していない日に対して、報酬等を支給した日がある場合は、支給した日（もしくは賃金計算期間）と金額をご記入ください。
 ・出勤していない日に対して、報酬等を支給していない場合は記入不要です。（「0円」の記入も不要です。）

! 記入もれ注意

事業主証明日は、申請期間の最終日以降の日付をご記入ください。

6 0 1 3 1 1 0 1

「事業担当者記入用」は4ページ目に続きます。 >>>

4ページ目：療養担当者記入用

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 ページ

療養担当者記入用

患者氏名 (カタカナ)	キョウカイ タロウ										
別務不届と認められた期間 (勤務先での従前の労務に就することができない期間をいいます。)	05	04	22	日	から	05	05	12	日	まで	
傷病名 (労務不能と認められた傷病をご記入ください)	鎖骨骨折				初診日 (療養の給付の開始年月日)	2	1.平成	05	04	22	日
原因または負傷の原因	左肩部強打										
発病または負傷の年月日	2	1.平成	05	04	22	日					
別務不届と認められた期間に診察した日がありましたか。	1	1. はい 2. いいえ									
上記期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等	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であったため、労務不能と判断した。										
上記のとおり相違ないことを証明します。	05 05 22										
医療機関の所在地	新潟県新潟市〇〇△-△-△										
医療機関の名称	〇〇総合病院										
医師の氏名	保険 五郎										
電話番号	025-XXX-XXXX										

！ 記入もれ注意

患者氏名・初診日の記入もれにご注意ください。

！ 記入不備注意

治療期間ではなく、**療養のため就労できなかったと認められる期間**をご記入いただいでください。

！ 記入もれ注意

療養担当者による証明日は、**労務不能と認められた期間の最終日以降の日付**をご記入いただいでください。

6 0 1 4 1 1 0 1