

傷病手当金支給申請書記入例

届書コード 6 3 1	健康保険傷病手当金支給申請書 (第 1 回)										
① 被保険者証の記号・番号 3 0 0 2 0 3 - 1 2 0 1			② 被保険者の生年月日 5 0 0 3 0 5			届書 種類 1	受付年度 平成 23 年	通 番	グループ		
② 被保険者 (申請者)の 氏名と印 ケンボ タロウ 健保 太郎			被保険者の 資格を取得 した年月日 19 年 4 月 1 日			③ あなたの 仕事の内 容 経理担当事務					
被保険者 (申請者) の住所 〒105-0000 (7桁) トウキョウト ミナトク ○○ 1-1 △△マンション101 東京 都道府県 港区 ○○ 1-1 △△マンション101 電話 03 (××××) ××××											
被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	④ ① 鎖骨骨折			⑤ 傷病名			⑥ 発病時の状況を詳しく (負傷の場合は右面のを 記入してください。)				
	2)			3)			10月5日に私用で買い物に外出中、道路で 転倒し、左肩を強打した。				
	⑦ 療養のため休んだ期間 (申請期間) 平成 23 年 10 月 6 日から 平成 23 年 10 月 24 日まで 19 日間			⑧ 療養のため休んだ期間 (申請期間) の報酬を受けましたか。 または今後受けられますか。			⑨ 第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ				
⑩ 上記⑦で「受けた」(今後受ける)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)期間を記入してください。			平成 23 年 10 月 6 日から			平成 23 年 10 月 10 日まで 〇〇〇〇 円					
⑪ 「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。			<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中			<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金					
⑫ 上記⑪で「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)傷病名を記入してください。			基礎年金番号			年金コード					
⑬ 上記⑫で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額を記入してください。 (「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。)			支給開始年月日			年金額					
⑭ 資格喪失した方で、その後も継続して傷病手当金を申請する場合、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。			<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中			基礎年金番号					
⑮ 上記⑭で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額を記入してください。 (「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。)			支給開始年月日			年金額					
⑯ 労災保険から休業補償給付を受けている期間の傷病手当金の申請ですか。			<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 労災請求中			支給(請求) 労働基準監督署名					
⑰ 上記⑯で「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元または請求先の労働基準監督署名を記入してください。						労働基準監督署					
⑱ 介護保険法の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		

① 被保険者証の記号・番号を左づめで記入してください。

② 被保険者の氏名を記入してください。被保険者が亡くなられて、ご遺族の方が申請する場合は、申請者の氏名を記入してください。⑦欄の住所も同様です。⑧の生年月日は被保険者が亡くなられた場合でも、被保険者の生年月日を記入してください。また、被保険者(申請者)本人が氏名を署名した場合は、押印は不要です。被保険者(申請者)以外の方が記入する場合は、押印を省略することはできません。

③ 事務員、工員等と記入することなく、「経理担当事務」、「自動車組立」、「プログラマー」等具体的に記入してください。

④ 日時、場所、何をしていたとき等、具体的に記入してください。なお、傷病の原因が負傷(ねんざ、打撲、骨折、擦傷、打ち身など)の場合は、⑦の負傷原因欄を必ず記入してください。(初回申請分のみ)

⑤ ⑨の欄で「はい」と答えた場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは全国健康保険協会各支部にお問い合わせください。
(「第三者行為による傷病届」の提出については、同じ傷病における申請の場合、初回申請時のみの提出となります。二回目以降の申請の際は提出不要です。)

⑥ 療養のため労務に服することができなかった期間とその日数(公休日を含む)を記入してください。

添付書類について

1. 初回申請時には、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とその期間前1ヵ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。役員などで、出勤簿および賃金台帳がない場合は、役員報酬を支給しないこととする役員会議議事録の写しを添付してください。

2. 障害厚生年金の給付を受けている方は、「障害厚生年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類の写し」および「障害厚生年金給付の額、支給開始年月を証明する書類および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)の写し」を添付してください。

3. 老齢退職年金の給付を受けている方は、「老齢退職年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類の写し」および「老齢退職年金給付の額、支給開始年月を証明する書類および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)の写し」を添付してください。

4. 労災保険から休業補償給付を受けている方は、「休業補償給付支給決定通知書の写し」を添付してください。

5. 第三者による傷病の場合は、「第三者行為による傷病届」を提出してください。

6. 被保険者が亡くなられ、ご遺族の方が請求する場合、被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等を添付してください。

7. 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。(翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください。)

振 込 希 望 の 口 座	1 金融機関		② ○ ○ 銀行・金庫 ○ ○ 店・本店	
	① 金融機関コード	③ 信組		支店・出張所
	※	信連・信漁連		本所・支所
		農協・漁協		本店・支店
	② 預金種別	▽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。)		
	③ 口座番号	④ 口座名義		
	1 2 3 4 5 6 7	ケンホ タロウ		

① ご希望の振込金融機関について記入してください。

② ③、④の欄は、ご希望の振込金融機関口座の銀行・支店名等および預金種別を記入してください。ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合は、ゆうちょ銀行と店名(支店名)を必ず記入してください。

③ 口座番号欄は左づめで、大きくはつきりと記入してください。ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の新しい口座番号(7桁)を記入してください。

④ 口座名義の氏名を、カタカナで太くはつきりと記入してください。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。なお、口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は、⑤の「受取代理人の欄」の記入が必要です。

給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	⑤ 本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		平成 年 月 日
	住所		
	被保険者(申請者) 氏名		Ⓜ
	代理人の氏名と印	(フリガナ)	委任者と代理人との関係
代理人の住所	(〒 -)	電話 ()	

⑤ 給付金の受け取りを代理人に委任する場合は、「受取代理人の欄」に必要な事項を記入してください。受取代理人の欄の被保険者および受取代理人のⓂは必ず押印してください。(受取代理人のⓂは、被保険者のⓂと別の印鑑で押印してください。)

負傷原因記入欄 初回申請時のみ記入してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	⑥ ⑦ 負傷の原因について記入してください。(該当する□にチェック(☑)してください。)	
	[負傷日時・場所等]	[受診した医療機関]
	1. いつケガ(負傷)をしましたか。 平成 23 年 10 月 5 日 (日曜日)	7. 診療を受けた医療機関名とその期間等 医療機関名 品川〇〇総合病院
	保 ① 午前・☑午後 8 時 30 分頃	平成 23 年 10 月 ~ 平成 23 年 10 月 ☑治療・□治療中
	2. ケガ(負傷)をした日は次のうちどの日でしたか。 □出勤日・☑休日(定休日・休暇含む)	医療機関名
	□その他 ()	平成 年 月 ~ 平成 年 月 □治療・□治療中
	3. ケガ(負傷)をした時は次のうちの時間帯でしたか。 □勤務時間中・□通勤途中(□出勤・□退勤)	⑧ 負傷したときの状況(原因)を具体的に記入してください。
	□出張中・☑私用・□その他 ()	日曜日に買い物に出かけ、駅からデパートへ向かう途中に転倒し、左肩を強打した。
4. ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか。 □会社内・☑道路上・□自宅		
□その他 ()		
5. ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか。 □交通事故・□暴力(ケンカ)		
□スポーツ中(□職場の行事・□職場の行事以外)		
□動物による負傷(飼い主□有・□無)		
☑あてはまらない		
6. 「上記5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。 相手 □有 → { □あなたは被害者 □あなたは加害者		
□無	9. 被保険者が代表取締役等役員の方の場合 労災保険に特別加入していますか。 □加入有・□加入無	
※相手のいる負傷の場合は、「第三者の行為による傷病届」が必要となります。		

⑥ 傷病の原因が負傷(ねんざ、打撲、骨折、擦傷、打ち身など)の場合は、「負傷原因記入欄」に必要な事項を記入してください。傷病の原因が病気の場合は記入不要です。

⑦ 負傷した原因が、第三者によるもの場合、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは全国健康保険協会各支部にお問い合わせください。

⑧ 負傷したときの状況をなるべく詳しく(具体的に)記入してください。

社会保険労務士の
提出代行者印

平成 23 年 11 月 21 日提出

裏面に傷病手当金の支給要件等について案内があります。

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および賃金支払状況等を記入してください。

① ② 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。)

23年10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	8	5
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		
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		

③ 給与の種類(○で囲んでください) ④ 賃金計算

⑤ 労務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か? はい・ いいえ

⑦ 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賃金支給状況を下欄に記入してください。

期間	単価	10月1日	月 日	月 日
		～10月31日分	～ 月 日分	～ 月 日分
支給した(する)賃金内訳		支給額	支給額	支給額
基本給	300,000	210,000		
通勤手当	20,000	20,000		
住居手当				
扶養手当				
手当				
手当				
現物給与				
計	320,000	230,000		

③ 給与の種類(○で囲んでください) ④ 賃金計算

●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。

欠勤控除額 300,000円 ÷ 30日 × 9日 = 90,000円

上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 23 年 11 月 20 日 担当者氏名 ○ ○ ○ ○

事業所所在地 東京都千代田区△△ 1-1

事業所名称 (株)協会商事

事業主氏名 協会 三郎 事業主印 電話 03 (□□□□) □□□□

「初回申請分」には、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とその期間前1ヵ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。

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○で囲んでください。

④ 賃金計算の締日およ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記入してください。

※ 「初回申請分」には、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とその期間前1ヵ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。役員などで、出勤簿および賃金台帳がない場合は、役員報酬を支給しないこととする役員会議議事録の写しを添付してください。

⑥ 療養担当者(医師等)に証明を受けてください。

<療養担当者の方へ>

⑦ 複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次記入してください。

⑧ 左の傷病名について、その傷病の初診の日を記入してください。

⑨ 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。

⑩ 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記入してください。

⑥ 患者氏名 健保 太郎

⑦ 傷病名 (1) 鎖骨骨折 (2) (3)

⑧ 療養の給付開始年月日(初診日) (1) 23 年 10 月 5 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日

発病または負傷の年月日 平成 23 年 10 月 5 日 発病または負傷の原因 左肩部強打

⑨ 労務不能と認められた期間 23 年 10 月 6 日から 19 日間で 23 年 10 月 24 日まで

⑩ のうち入院期間 年 月 日から 日間で 年 月 日まで 入院 療養費用の別 (健保) 自費 公費 () その他 転 帰 (治療) 繰越 中止 転医

⑩ 診察実日数 5 日 10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 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

⑩ の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)

鎖骨を骨折し、10/5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。

人工透析を実施または人工臓器を装着した日 昭和・平成 年 月 日

人工臓器等の種類 ア. 人工肛門 イ. 人工関節 ウ. 人工骨頭 エ. 心臓ペースメーカー オ. 人工透析 カ. その他 ()

上記のとおり相違ありません。 平成 23 年 10 月 25 日

医療機関の所在地 東京都品川区△△ 1-1

医療機関の名称 品川○○総合病院

医師の氏名 保険 五郎 電話 03 (△△△△) △△△△

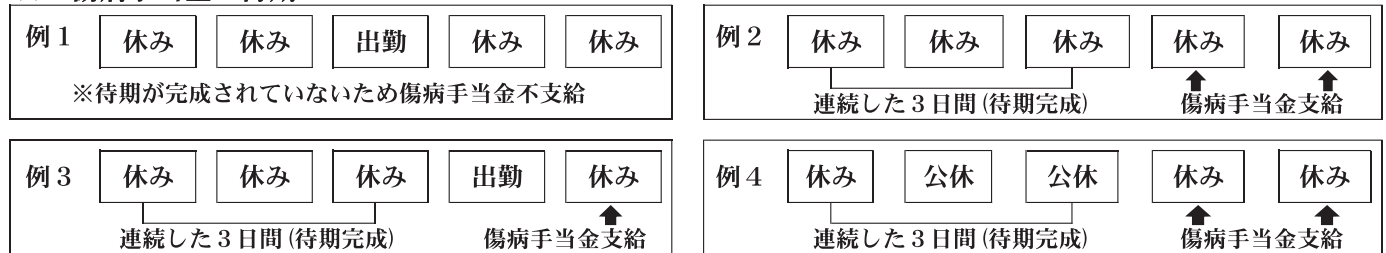
傷病手当金の支給要件等

■ 支給を受ける条件

被保険者が病気やけがの療養のため仕事を休み、給与を受けられないなど、次の条件を満たした場合は、傷病手当金が支給されます。

1. 業務外の事由による病気やけがのため療養中であること
2. 仕事につけないこと（労務不能）
労務不能の判定は、療養担当者（医師等）の意見を基に被保険者の従事する業務の種別を考慮し、本来の業務に耐えられるか否かを基準として行います。
3. 連続する3日間を含み、4日以上労務に服せなかったこと
業務外の事由による病気やけがのため労務に服することができなくなってから休んだ日が連続して3日間あり、4日目以降労務に服せなかった日ごとに支給されます。この連続して休んだ3日間を「待期」といい、待期が完成していないと傷病手当金は支給されません。

★ 傷病手当金の待期



(注1) 就労時間中に業務外の事由で発生した傷病について労務不能となった場合には、その日を待期期間の初日として起算されます。

(注2) 土日、祝日の公休日や有給も待期期間中に算入されます。

4. 給与（報酬）の支払いがないこと

休んだ期間について、給与の支払いがない場合に支給されますが、給与の支払いがあっても傷病手当金の額より少ない場合は、その差額が支給されます。

<資格喪失後の継続給付について>

被保険者の資格を失った場合でも、資格喪失日の前日（退職日等）までに被保険者期間が継続して1年以上あり、資格喪失日の前日（退職日等）に傷病手当金の支給を受けているか、受けられる状態（上記1～3の条件を満たしている）であれば、資格喪失後も引き続き支給を受けることができます。

■ 支給期間と支給額

1. 支給期間

傷病手当金は支給開始日から最長で1年6ヵ月の期間で、支給要件を満たした期間について支給されます。支給開始日は、実際に傷病手当金の支給が開始された日で、これを起算日としています。例えば、労務不能のため仕事を休み3日間の待期を完成して、4日目も労務不能のため仕事を休み、給与（報酬）の支払いを受けない場合は、4日目から支給され、その日が起算日となります。

また、給与（報酬）の支払いを受けることにより傷病手当金の支給を受けることができなかった場合には、給与の支給がなくなった、または傷病手当金の額より少ない額の給与が支給されるに至った日から傷病手当金の支給が開始され、その支給開始日が起算日となります。

2. 支給額

傷病手当金の支給額は、1日につき標準報酬日額の3分の2に相当する額（1円未満四捨五入）です。標準報酬日額は、標準報酬月額額の30分の1に相当する額（10円未満四捨五入）です。給与の支払いがあっても、その給与が傷病手当金の額より少ない場合は、傷病手当金と給与の差額が支給されます。

● 出産手当金を同時に受けられるとき

傷病手当金と出産手当金を同時に受けられる場合は、出産手当金の支給が優先し、その間、傷病手当金は支給されません。

● 障害厚生年金または障害手当金を受けられるようになったとき

傷病手当金を受けられる期間が残っていた場合でも、同一の傷病等による厚生年金保険の障害厚生年金か障害手当金を受けられるようになったときは、傷病手当金は打ち切られます。ただし、障害厚生年金の額（同一支給事由の障害基礎年金が支給されるときはその合算額）の360分の1が傷病手当金の日額より低い場合は、その差額が支給されます。また、障害手当金の場合は、傷病手当金の額の合計額が障害手当金の額に達することとなる日までの間、傷病手当金は支給されません。

● 老齢退職年金を受けられるようになったとき

退職後に傷病手当金の継続給付を受けている方が、老齢退職年金を受けるときは、傷病手当金は支給されません。ただし、老齢退職年金の額の360分の1が傷病手当金の日額より低い場合は、その差額が支給されます。

● 労災保険から休業補償給付を受けているとき

労災保険から休業補償給付を受けている期間に、業務外の理由による病気やけがのために労務不能となった場合は、その期間中傷病手当金は支給されません。ただし、休業補償給付の日額が傷病手当金の日額より低い場合は、その差額が支給されます。