

傷病手当金支給申請書の記入の注意点



記入漏れの場合、申請書をお返しすることがあります。記入漏れのないよう、ご作成をお願いします。

1ページ目:本人記入欄

※申請書を記入する際には、黒ボールペン等の消えないもので記入ください。

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

※(枝番)の記載は不要です



記号番号・氏名(カタカナ)は、**保険証に記載された記号番号・氏名**を、正確に記入ください。

(退職等し資格喪失された方は、資格喪失前の記号番号を記入ください。)

➢ 支給決定通知書上部()内の数字が(記号-番号)です。

氏名(カタカナ)は、口座名義名として使用されます。

※保険証に記載された氏名と口座名義が違う場合、①②の対応必須

①振込先指定口座欄の下に赤字で「**口座名義名が異なります**」と記入



②申請書に下記書類を添付
 ・同一人物と確認できる書類(運転免許証など)
 ・預金通帳の写し(支店名・口座番号・口座名義記載ページ)

お振込先は原則、「被保険者ご本人様のみ」

事業主様やご家族様の口座へのお振込みはできません。被保険者(申請者)様の口座情報をご記入ください。

振込先指定口座は漏れなく記入ください。

※**ゆうちょ銀行**をご指定の場合、**支店名と口座番号**に注意ください。



健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 ページ **傷**

被保険者記入用

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ご使用ください。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。 この申請書は、令和5年1月以降にご使用ください。

被保険者証	記号(左づめ) 21700023 番号(左づめ) 1	生年月日	2 月 01 日 05 月 10 日
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)	981 0000	電話番号(左づめ/ハイフン除く)	022 XXXXX
住所	宮城 県 仙台市 〇〇区 〇〇町 1-1		

振込先指定口座	金融機関名称 ゆうちょ	支店名 二三八	口座番号(左づめ) 2345678
預金種別	1 普通預金		

2 ページ目に続きます。➡➡

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

【社会保険労務士様へ】
 申請書の提出代行をされる際は、提出代行者名記載欄に「提出代行印」の他に「**社労士事務所の住所**」を必ず記入いただきますようお願いいたします。
 ※住所の記載が無い場合、不備等の返戻は**被保険者本人へ直接返却**となりますのでご了承ください。

【マイナンバー記載欄】
 被保険者証の記号・番号を記入いただければ、**マイナンバーの記入は不要**です。
 ※本人確認書類等も不要です。

【被保険者が死亡して相続人が申請する場合】

相続人の方が申請される場合は、被保険者情報の「被保険者証の記号番号」「生年月日」は被保険者の情報を記入いただき、被保険者情報の「氏名(カナ)」「氏名」「住所」「振込先指定口座」は相続人の方の情報を記入ください。

※ 相続人の請求の場合、被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等の添付が必要となります。

★ 申請ができるのは、相続順位が一番高い方になります。

<図で解説>



※申請書を記入する際には、黒ボールペン等の消えないもので記入ください。
ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

1 2 3 4 ページ
被保険者記入用

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者氏名 **協会 太郎**

① 申請期間 (療養のために休んだ期間)
令和 05 年 01 月 15 日 から
令和 05 年 02 月 05 日 まで

② 被保険者の仕事の内容 (退職後の申請の場合は、退職後の仕事の内容)
経理担当事務

③ 傷病名 **1**
※傷病担当者記入欄(3ページ目)に記入されている傷病のうち申請中の傷病は、左記に併せてください。
別傷病による申請を行う場合は、別途その傷病に対する療養担当者の証明を受けてください。

④ 発病・負傷年月日 平成 05 年 01 月 15 日

⑤-1 傷病の原因 **1**
1. 仕事以外(業務外)での傷病
2. 仕事(業務上)での傷病
3. 通勤途中での傷病 } ⇒ ⑤-2へ

⑤-2 労働災害、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. はい」の場合、別途「第三者行為による傷病届」をご提出ください。

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 ⇒ ①-2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
※障害年金を申請するものと同一の傷病で「障害年金」または「障害手当金」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 「1. はい」の場合
 2. いいえ

②-2 老齢年金等について
※退職等による老齢年金等の喪失の届出について、傷病手当金を申請する場合は記入ください。
老齢または遺族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 「1. はい」の場合
 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 平成 05 年 01 月 15 日
年金額 円(千円) 円(百円)

③ 労災補償
今回の傷病手当金を申請する期間において、労災補償により、労災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) 「1. はい」の場合
 3. いいえ

「健康保険傷病手当金支給申請書」の手引きを必ずご確認ください。

「事業主記入用」は3ページ目に載ります。▶▶▶

6 0 1 2 1 1 0 1

全国健康保険協会 協会けんぽ 2/4

待機期間も含めて記入ください。
※未来日の申請はできません。

仕事の内容は**具体的な仕事の内容**を記入ください。また、2回目以降の申請・退職後の申請の際にも**必ず記入**ください。

必ず「**✓**」を記入ください。

工作中や通勤中での傷病でも、労働基準監督署にご相談の結果、**労災や通災に該当しない場合は「1」と記入**ください。

・報酬を受けていない場合は
①-1のみ「**2**」と記入ください。

・報酬を受けている場合は
①-1.2の両方に「**1**」と記入ください。
※①-2に誤って「**2**」と記入するケースが多いです。
※正しい証明ではない場合は事業主様にご確認ください。

【②-1】
・今回申請する傷病と同様の傷病で障害年金/障害手当金を受給している場合は②-1に「**1**」、②-3に詳細を記入の上、年金額等がわかる書類のコピーを添付してください。

・障害年金を受給していない・同様の傷病でない場合は、②-1に「**2**」と記入ください。

【②-2】資格喪失後(退職後)の申請の場合のみ記入ください。

・退職後公的年金を受給している場合は、②-2に「**1**」、②-3に詳細を記入の上、年金額等がわかる書類のコピーを添付してください。
・退職後公的年金を受給していない場合は、②-2に「**2**」と記入ください。

「1. はい」の場合は休業補償給付決定通知書のコピーを添付ください。

申請月までの12か月以内に下記の①～③のいずれかに当てはまる場合は下記用紙を記入の上、添付ください。

【別紙】

保険者名	住所	備考	加入期間
協会	〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1		平成 05 年 01 月 15 日

※この用紙は、健康保険組合の加入期間の届出年月日(加入期間)と、勤務先が変更した場合、定年再雇用などで保険証の記号番号が変更した場合、任意継続の被保険者での加入期間がある場合、記入してください。

① 支給開始日以前の12ヶ月以内で勤務先が変更した場合

② 定年再雇用などで保険証の記号番号が変更した場合

③ 任意継続の被保険者での加入期間がある場合

※対象となるのは全国健康保険協会に加入していた期間に限ります。(ただし、健康保険組合が解散等をして、その権利義務が全国健康保険協会に承継されたときは、健康保険組合の期間も含まれます。)

→ 当用紙は下記より印刷できます。



3ページ目:事業主記入欄

※申請書を記入する際には、黒ボールペン等の消えないもので記入ください。

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

左記の申請書2ページ目の申請期間内について事業主証明を記入ください。

被保険者氏名を必ずカナ氏名にて記入ください。

出勤の有無に関わらず、**申請期間を含む年月を必ず記入ください。**

申請期間内で**出勤した日のみに「○」を記入して下さい。**
早退の場合は該当する日付に「早」と記入して下さい。
旧様式で記入していた欠勤「/」、公休日「公」、有給「△」等の表記は不要です。
※有給取得の日は報酬として①～⑩に記入してください。

申請期間内で**出勤していない日に支給した報酬のみ記入して下さい。**
・「欠勤控除していない各種手当」
・「申請期間内に取得した有給」の「期間」、「金額」の記入が必要です。
※報酬0円に関する記入は不要です。
※旧様式で記入していた基本給、給与計算式は記入しないでください。
※手当の名称は記入不要です。

← (記入例)
・給与未締め
・通勤手当を毎月1万円支給(欠勤控除されていない場合)

事業主証明日は**申請期間(至)以降かつ郵送する日以前の日付**を記入ください。
※未来日の証明はできません。

今回のケースでは、申請期間の最終日が令和5年2月5日の為、事業主証明は**令和5年2月5日以降の日付**となります。

「**事業所所在地**」、「**事業所名称**」、「**事業主氏名**」、「**電話番号**」を必ず記入してください。

【その他のポイント】

- ・賃金台帳や出勤簿は添付不要です。
- ・申請書は1～4ページ目を揃えて提出をお願いします。ただし、退職日以降の期間を申請する場合は3ページ目は不要です。
- ・申請期間後かつ申請期間内に関する賃金が確定している場合は、締め日を待たずに申請が可能です。

具体例はこちらよりご確認ください。



4ページ目：療養担当者記入欄

※申請書を記入する際には、黒ボールペン等の消えないもので記入ください。
ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。



申請書4ページ目は必ず**医療機関様に記入**いただいでください。
ご自身で記入したものや診断書、入院証明書等では受付できませんのでご注意ください。

1 2 3 4 ページ
療養担当者記入用

健康保険 傷病手当金 支給申請書

患者氏名 (カタカナ)	キヨウカイ タロウ				
<small>姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半角点(・)は1字としてご記入ください。</small>					
労務不能と認めた期間 (勤務先での役割の労務に就くことができない期間をいいます。)	令和 05 年 01 月 15 日 から	令和 05 年 02 月 05 日 まで			
傷病名 (労務不能と認めた傷病を記入ください)	鎖骨骨折		初診日 傷金の給付の開始 年月日)	2	1,平成 05 年 01 月 15 日
発病または負傷の原因	左肩部強打				
発病または負傷の年月日	2	1,平成 05 年 01 月 09 日	2,令和		
労務不能と認めた期間に診療した日がありましたか。	1				
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	家のお風呂掃除中に転倒し鎖骨を骨折。1月15日初診。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。骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後も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。	〒123-4567 仙台市〇〇区〇〇町〇-〇-〇		令和 05 年 02 月 10 日		
医療機関の所在地	〇〇総合病院				
医療機関の名称	〇〇 〇〇				
医師の氏名	022-000-0000				
電話番号					

6 0 1 4 1 1 0 1

全国健康保険協会 宮城支部
協会けんぽ

4 / 4

患者氏名を必ずカナ氏名にて記入ください。

「労務不能と認めた期間」を必ず記入ください。

「**労務不能と認めた期間**」と「**2ページ目に記入した申請期間**」が一致した期間が**傷病手当金の支給対象期間**になります。
※労務不能期間に記入のない日は支給対象外です。

傷病名を必ず記入ください。

申請する傷病に関する現在の症状・経過・治療状況等について記入ください。

医療機関証明日は**労務不能と認めた期間の最終日以降の日付**を記入ください。
※未来日の証明はできません。

今回のケースでは、労務不能と認めた期間の最終日が令和5年2月5日の為、医療機関証明日は**令和5年2月5日以降の日付**となります。

「**医療機関所在地**」、
「**医療機関名称**」、
「**医師氏名**」、「**電話番号**」を必ず記入ください。

