


# 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。

被保険者(申請者)情報	記号・番号	記号 (左づめ) <input type="text"/>	番号 (左づめ) <input type="text"/>	生年月日	<input type="text"/> 1.昭和 <input type="text"/> 2.平成 <input type="text"/> 3.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	個人番号 (マイナンバー)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	 左上の「記号・番号」欄へ記入した場合は、個人番号(マイナンバー)は記入しないでください。記入された場合は、本人確認等の添付が必要です。
	氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>			
	氏名	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。			※申請者はお勤めされている(いた)被保険者です。被保険者がお亡くなりになっている場合は、相続人よりご申請ください。
	郵便番号 (ハイフン除く)	<input type="text"/>	電話番号 (左づめハイフン除く)	<input type="text"/>	
住所	都 道 府 県				

振込先指定口座	公金受取口座の利用について	<input type="checkbox"/> 1.希望する <input type="checkbox"/> 2.希望しない	「1」を選択された場合は、事前にマイナポータル等にて公金受取口座として登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は <b>不要</b> です。
	公金受取口座の利用について「2.希望しない」を選択された場合は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご記入ください。		
	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協	支店名
預金種別	<input type="checkbox"/> 1 普通預金	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/>

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。  
ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

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

以下は、協会使用欄のため、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. 記入無 (添付あり)					
添付書類	職歴	<input type="checkbox"/> 1. 添付 <input type="checkbox"/> 2. 不備	年金	<input type="checkbox"/> 1. 添付 <input type="checkbox"/> 2. 不備	労災	<input type="checkbox"/> 1. 添付 <input type="checkbox"/> 2. 不備	
	戸籍 (法定代理)	<input type="checkbox"/> 1. 添付	口座証明	<input type="checkbox"/> 1. 添付	その他	<input type="checkbox"/> 1. その他 (理由)	
6 0 1 1 1 1 0 3						枚数	<input type="text"/>

受付日付印

(2026.6)

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者記入用

被保険者氏名

申請内容	① 申請期間 (療養のために休んだ期間)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 から 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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)	
	③ 傷病名	<input type="checkbox"/> 療養担当者記入欄(4ページ)に記入されている傷病による申請である場合は、左記に☑を入れてください。 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	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	⑤-1 傷病の原因	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. 請求中( <input type="text"/> 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。	<input type="checkbox"/> 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。	

確認事項	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。	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ → 事業主へご確認のうえ、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)	<input type="checkbox"/> 1. はい → ②-3へ 2. いいえ 「1. はい」の場合
	②-2 老齢年金等について ※退職等による健康保険資格の喪失後の期間について、傷病手当金を申請する場合はご記入ください 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。(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)	<input type="checkbox"/> 1. はい → ②-3へ 2. いいえ 「1. はい」の場合
	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 <input type="text"/> - <input type="text"/> 年金コード <input type="text"/> 支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 年金額 <input type="text"/> 円(右づめ)
③ 労災補償 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、労災保険から休業補償給付を受給していますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. 請求中( <input type="text"/> 労働基準監督署) 3. いいえ 「1. はい」の場合 「2. 請求中」	

「健康保険傷病手当金支給申請書記入の手引き」をご確認ください。

「事業主記入用」は3ページ目に続きます。▶▶▶

6 0 1 2 1 1 0 3



# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

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 (カタカナ)	<input type="text"/>											
	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。												
	労務不能と認められた期間 (勤務先での従前の労務に服することができない期間をいいます。)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	から	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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)	初診日 (療養の給付の開始年月日)		<input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 2. 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日								
	発病または負傷の原因												
発病または負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 2. 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日											
労務不能と認められた期間に診療した日がありましたか。	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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													
上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日												
医療機関の所在地													
医療機関の名称													
医師の氏名													
電話番号													

6 0 1 4 1 1 0 3