

傷病手当金 記入漏れの多い点をまとめました

被保険者記入欄

- ・制度の概要については[こちら](#)
- ・申請書の概要については[こちら](#)

振込先指定口座欄の不備

- ①振込先指定口座欄の記入漏れ(申請の都度記入が必要です。)
- ②存在しない金融機関名もしくは店名の記入
- ③ゆうちょ銀行の店名記入誤り
(ゆうちょ銀行の場合、漢数字3桁の店名になります。例:八二八支店など。通帳に記載がありますのでご確認ください。)

受取代理人の欄の不備

振込先指定口座欄に申請者以外の口座をご記入いただいた場合、受取代理人の欄をご記入いただく必要がございます。記入漏れにご注意ください。

1 2 3 4

健康保険 傷病手当金 支給申請書(第 回)

被保険者記入用 傷

記入方法および添付書類等については、「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。
 申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (左づめ)			<input type="checkbox"/> 1.昭和 <input type="checkbox"/> 2.平成 <input type="checkbox"/> 3.令和		
	氏名・印 (フリガナ)			印 自署の場合は押印を省略できます。		
住所	〒		都 道 府 県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL					

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金融 信組 農協 協同	本店 支店 代理店 出所所 本店営業部
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 <input type="checkbox"/> 2.当座 4.通知	口座番号
	口座名義	左づめで記入ください。 ▽カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。漢点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	
口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1.被保険者 <input type="checkbox"/> 2.代理人		

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	年	月	日
	氏名・印		<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和		
	住所	住所 「被保険者情報」の住所と同じ			
代理人 (口座名義人)	〒	TEL(ハイフン除く)	被保険者との 関係		
住所					
氏名・印			印		

被保険者のマイナンバー記載欄
 被保険者の記号番号が不明の場合に記入ください。
 記入した場合は、本人確認書及び給付台紙の交付が必要となります。
 (詳細は「記入の手引き」をご覧ください。)

「被保険者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の
提出代行名記載欄

株式会社 協会けんぽ

1 / 4

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

被保険者記入用

被保険者氏名		年 月 日	
申請内容	① 傷病名 1つの記入欄に複数の傷病名を記入しないでください。	② 初診日	年 月 日
	③ 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	1. 病気 (発病時の状況) 2. ケガ (発病原因等を併せてご記入ください)	
	④ 療養のため休んだ期間(申請期間)	年 月 日から	年 月 日まで
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)		日数	日間
確認事項	① 上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	1. はい 2. いいえ	
	①-① 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の対象となった(なる)期間をご記入ください。	1. 平成 年 月 日から	報酬額 円
	② 「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。	1. はい 2. 請求中 3. いいえ	1. 障害厚生年金 2. 障害手当金
	②-① 「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等をご記入ください。 (「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号のみをご記入ください。)	傷病名	基礎年金番号
	③ (健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。) 若年または退職を事由とする公的年金を受給していますか。	1. はい 2. 請求中 3. いいえ	「はい」の場合
③-① 「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。 (「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみをご記入ください。)	基礎年金番号	年金コード	
④ 労災保険から休業補償給付を受けていますか。(又は、過去に受けたことがありますか。)	1. はい 2. 労災請求中 3. いいえ	「はい」の場合	
④-① 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。	労働基準監督署		

※健康保険傷病手当金支給申請書(記入用)の手引(別冊)に記載の添付書類をご用意ください。および支給期間中の支給額を正確に記入してください。

傷病名欄の不備

申請書4ページ目で医師に記入いただいた病名と全く違う病名が記入されている時、書類を返戻する場合がございます。

療養のため休んだ期間(申請期間)の不備

① 記入がない
② 記入いただいた期間と日数が合わない

上記の場合は返戻となります。

あなたの仕事内容欄の不備

初回申請での記入漏れは返戻となります。

6 0 1 2 6 9

「事業主記入用」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 4
療養担当者記入用

療養担当者記入欄

患者氏名			
傷病名	(1)	初診日 (療養の給付 開始年月日)	(1) <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和
	(2)		(2) <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和
	(3)		(3) <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和
発病または 負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	
労務不能と 認められた期間	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 から <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 まで	発病または 負傷の原因	
うち入院期間	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 から <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 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
診療 実日数 (入院期間 をきむ)	診療日及び入 院していた日 を○で囲んで ください。	<input type="checkbox"/> 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
		<input type="checkbox"/> 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
		<input type="checkbox"/> 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「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)		手術年月日	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和
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		退院年月日	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和
人工透析を実施 または人工臓器 を装着したとき	人工透析の実施または人工臓器を装着した日 <input type="checkbox"/> 1.昭和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 3.令和	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。		所在地	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和
医療機関の所在地		医療機関の名称	
医師の氏名		電話番号 ※ハイフン除く	

患者氏名欄未記入の場合返戻となります。

労務不能と認めた期間(申請期間)の不備
期間と日数が一致しない時、返戻する場合がございます。

診療実日数・経過・所見が未記入の場合、返戻する場
合がございます。

所在地・名称・氏名・日付が未記入の場合、返戻となります。

様式番号
001407

添付書類について ※添付がない場合、書類を返戻いたします。

●怪我での申請の場合は下記の添付書類が必要となります。

- ①第三者がいる怪我 ⇒ 第三者行為届
- ②第三者がいない怪我 ⇒ 負傷原因届

●障害厚生年金を受けている方

・「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コピー」および「最新の年金額改定通知書等のコピー」

●退職後申請する場合で老齢退職年金を受けている方

・「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コピー」および「年金額改定通知書等のコピー」

●被保険者が亡くなられ、相続人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

※証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文(翻訳者の署名、住所、電話番号を明記)を添付

●支給開始以前12か月以内で事業所に変更があった方

・[こちら](#)の用紙に必要事項をご記入の上、ご提出ください。