

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

申請書を記入するには、黒ボールペン等の消えないもので記入してください。

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。

健康保険 傷病手当金 支給申請書(第 1 回) 被保険者記入用

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、精書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 010123456789アイウ

被保険者証の 記号 21700023	被保険者証の 番号 21	生年月日 2 010510
氏名 協会 太郎		
住所 〒 240 神奈川県 横浜市 〇〇区 〇〇町 1-1		
金融機関 名称 ゆうちょ	口座番号 2345678	支店名 二三八
預金種別 1	口座名義 キョウカイ タロウ	口座名義 区分 1

「2」の場合は必ず記入してください。

被保険者 氏名	代理人 氏名
------------	-----------

被保険者のマイナンバー記載欄
被保険者証の記号番号をご不明の場合に記入ください。
記入した場合は、本人確認書類及び給付台帳の添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。)

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄
様式番号 協会使用欄

601160 1

「被保険者記入用」は2ページに続きます



記号番号は保険証に記載の記号番号を正確に記入してください。
(退職等して資格喪失されている方につきましては、資格喪失前の記号番号を記入してください。)

> 支給決定通知書上部()内の数字が(記号-番号)です。

振込先指定口座は漏れなく記入して下さい。
特に預金種別、口座名義区分の記入漏れが多くなっております。

ゆうちょ銀行をご指定の場合、支店名は漢数字三ケタ(二三八など)で記入してください。
〇〇郵便局などの地名を記入の場合は不備となり、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。

被保険者(申請者)と異なる方が受取代理人となる場合は、受取代理人の欄につきましても記入してください。
(被保険者名と代理人名のそれぞれの記名が必要です。)
※法人名ではなく、個人の氏名の記入が必要です。



マイナンバーをご記入いただいた場合は、番号を確認する書類と身元を確認する書類の添付が必要です。これらの書類の添付がされていない場合は、申請書をお返しすることとなりますので、ご注意ください。

【被保険者が死亡して相続人が申請する場合】

被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、被保険者情報の氏名には、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。

※ 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。

労務不能と認めた期間の～日間は必ず記入してもらって下さい。

健康保険 傷病手当金 支給申請書		療養担当者記入用	
患者氏名	協会 太郎		
傷病名	(1) 鎖骨骨折	初診日 (療養の給付 開始年月日)	(1) 1.平成 3 1 0 4 2 2 2.令和
	(2)	(2)	
	(3)	(3)	
発病または 負傷の年月日	1.平成 3 1 0 4 2 2 2.令和	<input type="checkbox"/> 発病 <input checked="" type="checkbox"/> 負傷	発病または 負傷の原因 左肩部強打
労務不能と 認めた期間	1.平成 3 1 0 4 2 2 から 2 1 2.平成 0 1 0 5 1 2 まで 日附		
うち入院期間		療養費用の別 <input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	転帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input checked="" type="checkbox"/> 帰郷 <input type="checkbox"/> 転医
診療 実日数 (入院期間 を含む)	5 日	診察日及び入 院していた日 を○で囲んで ください。	
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)			
鎖骨を骨折し、4月22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。		手術年月日	1.平成 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 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。		退院年月日	1.平成 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	人工臓器等 の種類	
上記のとおり相違ありません。		年 月 日	2 0 1 0 5 2 2
医療機関の所在地	神奈川県横浜市○○区○-○	電話番号 ※ハイフン除く	0 4 5 × × × × × ×
医療機関の名称	〇〇総合病院		
医師の氏名	保険 五郎		

医師証明日は、**労務不能と認めた期間の最終日以降の日付**を記入してもらって下さい。

上記のケースであれば、労務不能と認めた期間の最終日が令和元年5月12日のため、医師の証明日は令和元年5月12日以降の日付であることが必要です。



本記入の手引きは、法改正や書式変更があった際は随時更新されます。最新版の記入の手引きは左の二次元コードの読み取り、もしくは支部ホームページをご確認ください。

照会先

全国健康保険協会 神奈川支部

045-270-8431 (代表)

※ 前後の番号は協会けんぽの番号ではありませんので、お掛けにならないようお願いします。

<https://www.kyoukaikenpo.or.jp>

〒220-8538

横浜市西区みなとみらい4-6-2

みなとみらいグランドセントラルタワー9階

協会けんぽ

