



傷病手当金支給申請書

〔協会けんぽGUIDEBOOK〕49ページ参照

被保険者が病気やケガで4日以上仕事に就けず(連続する3日の休業を含む)、その間の給与を受けられないときに支給されます。

記載例

申請書は1～4頁をすべてそろえて提出をお願いします。ただし、退職等により資格喪失している場合であって、申請期間(2頁目)に在職期間が1日も含まれないときは、3頁目は不要です。

1 1頁目：被保険者(申請者)記入用

記号・番号は、保険証に記載されています。退職等で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・番号をご記入ください。



※支給決定通知書上部()内の数字が(記号・番号)です。

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、申請される方の氏名をご記入ください(住所・振込口座も同様です)。

※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

ゆうちょ銀行の口座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、振込専用の店名(漢数字3文字)・預金種別・7桁の口座番号をご記入ください。

ご本人(被保険者)名義の口座以外振込希望の場合、受取代理人の欄へ記入(住所・氏名)が必要です。

2 2頁目：被保険者(申請者)記入用

保険証の記号・番号を記入した場合は記入不要です。

傷病名欄・初診日欄は必ずご記入ください。

※記入の際は、医師の証明を確認の上、ご記入ください。

ケガ(負傷)による申請の場合は「負傷原因届」(P.8参照)を併せて提出してください。

未来日の申請はできません。第1回目の申請は「待期間(3日間)」を含めてご記入ください。

日数は公休日や土日を含めた日数をご記入ください(未記入や1日多い・少ないなど誤りが多い箇所です)。

記入漏れが多い箇所です。ご注意ください。

仕事の具体的な内容(例えば、「経理担当事務」「自動車組立」「プログラマー」等)をご記入ください。

※退職後の申請の場合は、在職時の仕事の内容をご記入ください。

3 3 頁目：事業主記入用

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4
事業主記入用

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ご記入ください。

被保険者氏名 **協会 太郎**

勤務状況 【出勤は○】で、【有給休暇は△】で、【公休は公】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。

1.平成 2.令和 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	出勤	有給
	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																																	
2 0 3 0 4	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																															4	1	
2 0 3 0 5	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																															3	0	
	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																																	

上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か? はい いいえ

給与の種類 月給 時間給 日給 歩合給 日給月給 その他

賃金計算 締日 **15**日

支払日 **1** 1.当月 **25**日

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。

区分	期間	単価	支給額		
			月	日	日分
基本給	4月16日~		135000		
通勤手当	5月15日分				
住居手当			20000		
手当					
手当					
現物給与					
計			155000		

賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。
 基本給：欠勤控除あり 300,000円÷20日×11日=165,000円
 通勤手当：欠勤控除なし 12/25 6ヵ月定期券代(1/16~6/15)として120,000円支給
 支給住居手当：欠勤控除なし

担当者氏名 **〇〇〇〇**

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地 **東京都千代田区△△-1-1**

事業所名称 **〇〇株式会社**

事業主氏名 **健保 三郎**

電話番号 **03XXXXXX-XXXXXX**

様式番号 **601368**

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。▶▶▶

全国健康保険協会 協会けんぽ 3/4

被保険者氏名をご記入ください。

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○、有給の場合は△、公休日の場合は公、欠勤の場合は/で表示してください。

給与の種類について、該当する給与の種類を選んで☑を入れてください。

賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。

単価を記入してください(月単位の支給の場合は月あたりの単価、時間・日単位の支給の場合は時間・日あたりの単価をご記入ください)。

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ご記入ください。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ご記入ください。

通勤手当などの手当を複数月にわたって支給していて、申請期間にかかる場合は「12/25通勤6ヵ月分(1/16~6/15)120,000円支給」等、支給対象期間と支給金額をご記入ください。

欠勤控除などの計算方法は具体的にご記入ください。

4 4 頁目：療養担当者(医師等)記入用

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 (2) (3)

初診日 (1) 平成 03 年 04 月 22 日 (2) (3)

発病または 責任の年月日 平成 03 年 04 月 22 日

発病または 責任の原因 左肩部強打

労務不能と 認めた期間 平成 03 年 04 月 22 日 から 平成 03 年 05 月 12 日 まで

うち入院期間 平成 03 年 04 月 22 日 から 平成 03 年 05 月 12 日 まで

診療 日数 5 日

治療期間 平成 03 年 04 月 22 日 から 平成 03 年 05 月 12 日 まで

症状および経過 鎖骨を骨折し、4/22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 平成 03 年 05 月 22 日

退院年月日 平成 03 年 05 月 22 日

医師の氏名 健保 五郎

6 0 1 4 6 7

全国健康保険協会 協会けんぽ

4 / 4

患者氏名をご記入ください。

複数の傷病名がある場合、(1)から主たる傷病名を順次ご記入ください。

左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください。

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(証明日以前の期間)をご記入ください。

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ご記入ください。

チェックリスト

● 申請時期 就労不能であった日ごとにその翌日から2年以内

● 添付書類チェックリスト

	必要な書類	備考
<input type="checkbox"/> 支給開始日以前の12ヵ月以内で事業所に変更があった場合	以前の各事業所の名称、所在地および各事業所に使用されていた期間がわかる書類	協会けんぽのホームページから入手可能
<input type="checkbox"/> 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および年金額改定通知書(いずれもコピー可)	年金額が変更になったら、その都度年金額改定通知書が必要
<input type="checkbox"/> 資格喪失後に老齢退職年金の給付を受けている場合	老齢退職年金給付の年金証書および年金額改定通知書(いずれもコピー可)	
<input type="checkbox"/> 労災保険から休業補償給付を受けている方	休業補償給付支給決定通知書のコピー	
<input type="checkbox"/> 負傷(ケガ)の場合	負傷原因届(P.8参照)	協会けんぽのホームページから入手可能
<input type="checkbox"/> 第三者による傷病の場合	第三者等の行為による傷病(事故)届(P.7参照)	協会けんぽのホームページから入手可能
<input type="checkbox"/> 証明書等が外国語で記載されている場合	翻訳文(翻訳者の署名、住所、および連絡先を記入)	
<input type="checkbox"/> 被保険者本人が死亡したため、法定相続人が申請する場合	戸籍謄本の原本(被保険者と申請者の続柄等を確認できる書類)	