

業務グループ

申請書記入上の注意点



それでは、業務グループより「申請書記入上の注意点」につきましてご説明させていただきます。

申請書受付
約 2,500 件



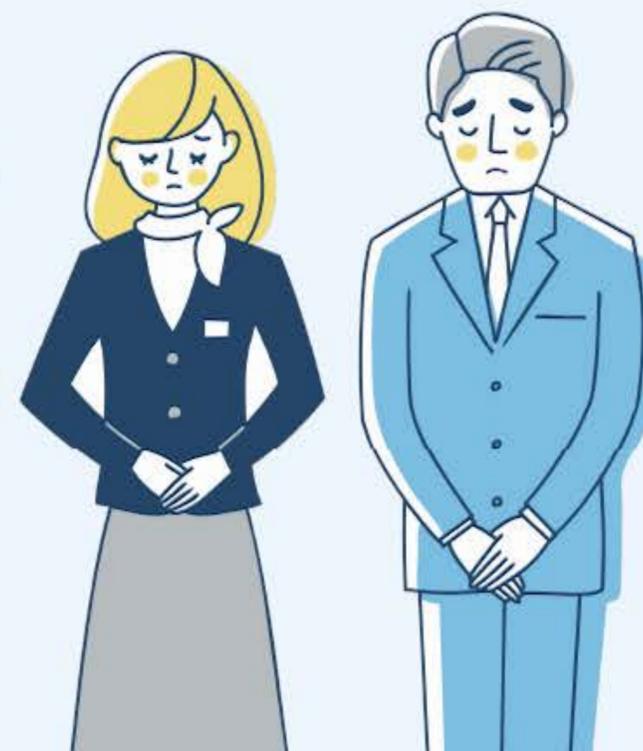
うち 10% が 返戻



そのうちの約10%が未記入や記入誤りなどで被保険者様へ申請書を返戻しているところです。

返戻となった申請書のうち…
50%が傷病手当金申請書

返戻となるとお支払いまで
さらにお時間がかかります



一度返戻となりますと、お支払いまで
さらにお時間がかかります。

香 情 報	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	振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。			
	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協	支店名	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 営業部 本所 支所
預金種別	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。

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

申請書1ページ目

- ①振込先指定口座欄に記入して
いただく口座は、被保険者様の
口座のみとなり代理人の設定は
できません。



- ①振込先指定口座欄に記入していただく口座は、
被保険者様の口座のみとなり代理人の設定はできません。

香 情 報	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	振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。			
	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協	支店名	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 営業部 本所 支所
預金種別	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。

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

申請書1ページ目

②金融機関名称に変更があった場合は、変更後の金融機関名を記入してください。

【例】

(誤)三菱東京UFJ銀行

→(正)三菱UFJ銀行

(誤)徳島銀行

→(正)徳島大正銀行



②金融機関に統合や合併などで名称に変更があった場合は変更後の正しい金融機関名を記入してください。

香 情 報	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	振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。			
	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協	支店名	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 営業部 本所 支所
預金種別	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。

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

申請書1ページ目

③ゆうちょ銀行の支店名は、
店名(漢数字3文字)を記入
してください。
通帳等でご確認ください。



③ご指定の金融機関がゆうちょ銀行の場合、
支店名には漢数字3文字の店名を記入してください。

情報	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		

振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。			
振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協	支店名 本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 営業部 本所 支所
	預金種別	1 普通預金	口座番号 (左づめ)

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。

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

申請書1ページ目

- ④被保険者情報欄に
被保険者証の記号番号を
記入されている場合は、
マイナンバーの記入は
不要です。



被保険者証の記号番号を記入されている場合は
マイナンバーの記入は不要です。

香 情 報	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	振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。			
	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協	支店名	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 営業部 本所 支所
預金種別	1 普通預金	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/>	
<small>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。</small>				
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				

申請書1ページ目

**④マイナンバーを
記入された場合は本人確認
書類等の添付が必要となります。**



マイナンバーを記入された場合は本人確認書類などの添付書類が必要となります。

傷病手当金支給申請書の記入時の注意点

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

被保険者氏名

① 申請期間 (療養のために休んだ期間)	令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 から 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <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	1. 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 2. 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <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. 工作中(業務上)での傷病 } → ⑤-2へ 3. 通勤途中での傷病
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。

申請書2ページ目

⑤申請期間は初日と最終日の
両方を記入してください。
最終日が書かれていないことが
多く見受けられます。



⑤申請期間は初日と最終日の両方を記入してください。
最終日が書かれていないことが多く見受けられます。

傷病手当金支給申請書の記入時の注意点

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

被保険者氏名

① 申請期間 (療養のために休んだ期間)	令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 から 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <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. 工作中(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。

申請書2ページ目

⑥「被保険者の仕事の内容」欄は
経理担当・建設業・プログラマー等
具体的に記入してください。
すでに退職されている場合は
退職前の「仕事の内容」を記入
してください。



⑥「被保険者の仕事の内容」欄は経理担当・建設業・プログラマーなどできるだけ詳しく記入してください。

傷病手当金支給申請書の記入時の注意点

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

被保険者氏名

① 申請期間 (療養のために休んだ期間)	令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 から 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <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	1. 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 2. 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <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. 工作中(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(_____ 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。

申請書2ページ目

⑦ 今回の申請が4ページ目の療養担当者(医師)の証明内に書かれている傷病名で間違いのない場合は「レ点」を記入してください。



⑦ 今回の申請が4ページ目の療養担当者の証明内に書かれている傷病名で間違いのない場合は「レ点」を記入してください。

傷病手当金支給申請書の記入時の注意点

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

被保険者氏名

① 申請期間 (療養のために休んだ期間)	令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 から 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2. 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
⑤-1 傷病の原因	<input type="checkbox"/> 1. 工作中以外(業務外)での傷病 2. 工作中(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(_____ 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。

申請書2ページ目

⑦相違する場合は、その傷病に対する療養担当者(医師)の証明を受けてからご提出ください。



相違する場合はその傷病に対する療養担当者の証明を受けてからご提出ください。

① 報酬	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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2. いいえ	「1. はい」の場合 →
② 年金受給	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 <input type="checkbox"/> 2. いいえ	「1. はい」の場合 →
	基礎年金番号	[][][][] - [][][][][][][][][]	
	年金コード	[][][][]	
	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。	支給開始年月日	[] 1.平成 2.令和 [][] 年 [][] 月 [][] 日
年金額	[][][][][][][][][] 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 <input type="checkbox"/> 2. 請求中([] 労働基準監督署) <input type="checkbox"/> 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の記入の手引き」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。>>>

申請書2ページ目

⑧3ページ目の事業主証明に書かれている、療養のために休んだ期間内に受け取った報酬が正しい場合は「1」を記入してください。



⑧ 申請書3ページ目の事業主証明に書かれている療養のために休んだ期間内に受け取った報酬が

傷病手当金支給申請書の記入時の注意点

① 報酬	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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2. いいえ	「1. はい」の場合 →
② 年金受給	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 <input type="checkbox"/> 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="text"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 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 <input type="checkbox"/> 2. 請求中(労働基準監督署) <input type="checkbox"/> 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。▶▶▶

申請書2ページ目

⑧報酬に誤りがある場合は正しい証明を受けてからご提出ください。



報酬に誤りがある場合は正しい証明を受けてからご提出ください。

傷病手当金支給申請書の 記入時の注意点

申請書3ページ目

※左記青枠部分について
ご説明させていただきます。



申請書3ページ目は事業主様に記入していただくページです。

傷病手当金支給申請書の記入時の注意点

2ページの申請期間のうち、出勤していない日(上記【O】で囲んだ日以外の日)に対して、報酬等(※)を支給した日がある場合は、支給した日と金額をご記入ください。
 ※有給休暇の場合の賃金、出勤等の有無に関わらず支給している手当(扶養手当・住宅手当等)、食事・住居等現物支給しているもの等

例	0	5	年	0	2	月	0	1	日	から	0	5	年	0	2	月	2	8	日	3	0	0	0	0	0
①			年			月			日	から			年			月			日						
②			年			月			日	から			年			月			日						
③			年			月			日	から			年			月			日						
④			年			月			日	から			年			月			日						
⑤			年			月			日	から			年			月			日						
⑥			年			月			日	から			年			月			日						
⑦			年			月			日	から			年			月			日						
⑧			年			月			日	から			年			月			日						
⑨			年			月			日	から			年			月			日						
⑩			年			月			日	から			年			月			日						

上記のとおり相違ないことを証明します。

申請書 3 ページ目

⑪ 出勤していない日に対して、報酬を支給した日がある場合は支給した日と金額をご記入ください。

※アニメーションつきスライドを切り取った資料のため、こちらのページについて、上部の説明と、下部のナレーションに一部相違があります。



⑩ 出勤した日付を丸で囲んでください。欠勤した日は記入不要です。「欠」や「斜め線」は書かないでください。

傷病手当金支給申請書の記入時の注意点

2ページの申請期間のうち、出勤していない日(上記【O】で囲んだ日以外の日)に対して、報酬等(※)を支給した日がある場合は、支給した日と金額をご記入ください。
 ※有給休暇の場合の資金、出勤等の有無に関わらず支給している手当(扶養手当・住宅手当等)、食事・住居等現物支給しているもの等

例	0	5	年	0	2	月	0	1	日	から	0	5	年	0	2	月	2	8	日	3	0	0	0	0	0
①	令和		年		月		日	から		年		月		日											
②	令和		年		月		日	から		年		月		日											
③	令和		年		月		日	から		年		月		日											
④	令和		年		月		日	から		年		月		日											
⑤	令和		年		月		日	から		年		月		日											
⑥	令和		年		月		日	から		年		月		日											
⑦	令和		年		月		日	から		年		月		日											
⑧	令和		年		月		日	から		年		月		日											
⑨	令和		年		月		日	から		年		月		日											
⑩	令和		年		月		日	から		年		月		日											

上記のとおりご記入ください。

申請書 3 ページ目

⑪ご記入いただく金額には
 有給手当、出勤等に関わらず
 支給している手当(例:通勤
 手当・扶養手当・住宅手当等)
 が該当となります。



⑪ 記入いただく金額は有給手当、出勤などに関わらず支給している手当が該当となります。

傷病手当金支給申請書の記入時の注意点

2ページの申請期間のうち、出勤していない日(上記【O】で囲んだ日以外の日)に対して、報酬等(※)を支給した日がある場合は、支給した日と金額をご記入ください。
 ※有給休暇の場合の賞金、出勤等の有無に関わらず支給している手当(扶養手当・住宅手当等)、食事・住居等現物支給しているもの等

例	0	5	年	0	2	月	0	1	日	から	0	5	年	0	2	月	2	8	日	3	0	0	0	0	0
①	令和		年		月		日	から		年		月		日											
②	令和		年		月		日	から		年		月		日											
③	令和		年		月		日	から		年		月		日											
④	令和		年		月		日	から		年		月		日											
⑤	令和		年		月		日	から		年		月		日											
⑥	令和		年		月		日	から		年		月		日											
⑦	令和		年		月		日	から		年		月		日											
⑧	令和		年		月		日	から		年		月		日											
⑨	令和		年		月		日	から		年		月		日											
⑩	令和		年		月		日	から		年		月		日											

上記のとおりご記入ください。

申請書 3 ページ目

⑪ 残業手当等の出勤に対して支給した報酬や見舞金等の一時的に支給したものは記入不要です。



⑪ また、残業手当などの出勤に対して支給した報酬や見舞金などの一時的に支給したものは記入不要です。

⑥	令和		年		月		日	から		年		月		日		円
⑦	令和		年		月		日	から		年		月		日		円
⑧	令和		年		月		日	から		年		月		日		円
⑨	令和		年		月		日	から		年		月		日		円
⑩	令和		年		月		日	から		年		月		日		円

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

令和 年 月 日

6 0 1 3 1 1 0 1

「療養担当者記入用」は4ページ目に続きます。▶▶▶

全国健康保険協会
協会けんぽ

3 / 4

申請書 3 ページ目

⑫ 証明日は
申請期間経過後の
日付をご記入ください。



⑫ 証明日は申請期間経過後の日付をご記入ください。

健康保険 傷病手当金 支給申請書 1 2 3 4 ページ 療養担当者記入用

事業主名 （カギカッコ）	
労務部長の氏名 （労働者ではない方の氏名に 記入してください。）	
傷病日 （労務部長と労務員 両方に記入ください）	1. 年 2. 月 3. 日
療養または養育の期間 （年 月 日）	1. 年 2. 月 3. 日
労務部長と労務員との関係 （1. 労務部長 2. 労務員）	<input type="checkbox"/> 1. 労務部長 <input type="checkbox"/> 2. 労務員
労務部長と労務員との関係 （1. はい 2. いいえ）	<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。	
医療機関の所在地	
医療機関の名称	
医師の氏名	
電話番号	

60141101 全国健康保険協会 4/4

傷病手当金支給申請書の 記入時の注意点

申請書4ページ目

※左記青枠部分について
ご説明させていただきます。



申請書4ページ目は療養担当者記入用です。

傷病手当金支給申請書の記入時の注意点

療養担当者が意見を記入するところ	発病または負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <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		

申請書 4 ページ目

「医療機関の所在地・名称・医師の氏名・電話番号」



赤枠で囲んでいます「労務不能と認められた期間」、「医療機関の所在地・名称・医師の氏名・電話番号」「証明日」の3点に

傷病手当金支給申請書の記入時の注意点

療養担当者が意見を記入するところ	発病または負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <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	

申請書4ページ目

「証明日」の3点に未記入や記入誤りが多くみられます。



未記入や記入誤りが多くみられます。

業務グループ 申請書記入上の注意点

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。

被保険者証
 氏名 (カタカナ)
 氏名
 郵便番号 (〒) フォン番号
 電話番号 (区別) フォン番号
 任用

職業 (職種) 業種
 支店名
 支店番号 (支店別)

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

60111101 全国健康保険協会 協会けんぽ 1/4

健康保険 傷病手当金 支給申請書 **2** 3 4 ページ **被保険者記入用**

被保険者氏名

申請期間 (療養のために休んだ期間)
 申請開始日
 申請終了日

傷病の内容
 傷病の種類
 傷病の発症
 傷病の経過
 傷病の療養
 傷病の療養期間
 傷病の療養の経過

60121101 全国健康保険協会 協会けんぽ 2/4

健康保険 傷病手当金 支給申請書 **3** 4 ページ **事業主記入用**

労働に就くことができなかった期間(申請期間)の勤務状況および賃金支払い状況等をご記入ください。

被保険者氏名 (カタカナ)
 勤務状況
 賃金支払い状況

60131101 全国健康保険協会 協会けんぽ 3/4

健康保険 傷病手当金 支給申請書 **4** ページ **療養担当者記入用**

療養担当者氏名
 療養担当者住所
 療養担当者電話番号

60141101 全国健康保険協会 協会けんぽ 4/4



1日でも早く傷病手当金をお支払いするには、被保険者様、事業主様のご協力が必要不可欠となります。