

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

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)	具体的な仕事内容(「経理事務担当」等)をご記入ください。
	③ 傷病名	<input type="checkbox"/> 療養担当者記入欄(4ページ)に必ず☑を入れてください。 別傷病による申請を行う場合は、必ず☑を入れてください。
	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"/> 必ず原因についてご記入ください。通勤途中または業務に起因する傷病の場合は労災に該当する可能性がありますのでお近くの労働基準監督署にご確認ください。
	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 <input type="checkbox"/> 2. いいえ (労災に該当しないと回答があった場合は協会けんぽにご連絡ください。)
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 <input type="checkbox"/> 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"/> 事業所証明(申請書3ページ目)に、申請期間中に支給された賃金が記入されている場合、必ず「1」をご記入ください。
	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"/> 記入されている賃金に誤りがある場合は事業所担当者にご確認の上、訂正してもらってください。
	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
	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
	②-3 ①-1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"/> 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」「2. 請求中」の場合

「事業主記入用」は3ページ目に続きます。▶▶▶

6 0 1 2 1 1 0 1

健康保険 傷病手当金 支給申請書

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い状況等をご記入ください。

被保険者氏名
(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。

勤務状況 2ページの申請期間のうち出勤した日付を【○】で囲んでください。「年」「月」については出勤の有無に関わらずご記入ください。

年	月	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
年	月	日	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

2ページ目の申請内容①に記入した申請期間中で、**出勤した日のみ「○」**をご記入ください。(有給、公休、欠勤日については記入不要です)
 ※ 申請期間中に出勤していない場合は申請期間の**対象年月のみ**ご記入ください。

2ページの申請期間のうち、出勤していない日(上記【○】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)、賞与・住居等現物支給しているもの等

例 年 0 5 月 0 2 日 0 1 から 年 0 5 月 0 2 日 2 8 日 3 0 0 0 0 0 円

事業主が証明するところ

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

2ページ目の申請内容①に記入した申請期間中で、**出勤していない日に対して賃金(各種手当や有給分など)を支給している場合はご記入ください。**
 詳しい記入例については次のページをご覧ください。
 ※ 申請期間中に該当する賃金がない場合は、期間も含めて記入は不要です。

事業主証明は、**日本年金機構に登録している事業所所在地・事業所名称・事業主氏名**をご記入ください。
 (支店の所在地や事業主以外の氏名を記入すると、訂正の対象となります。)
 証明日は、**申請期間終期以降の日付**をご記入ください。

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。>>>

