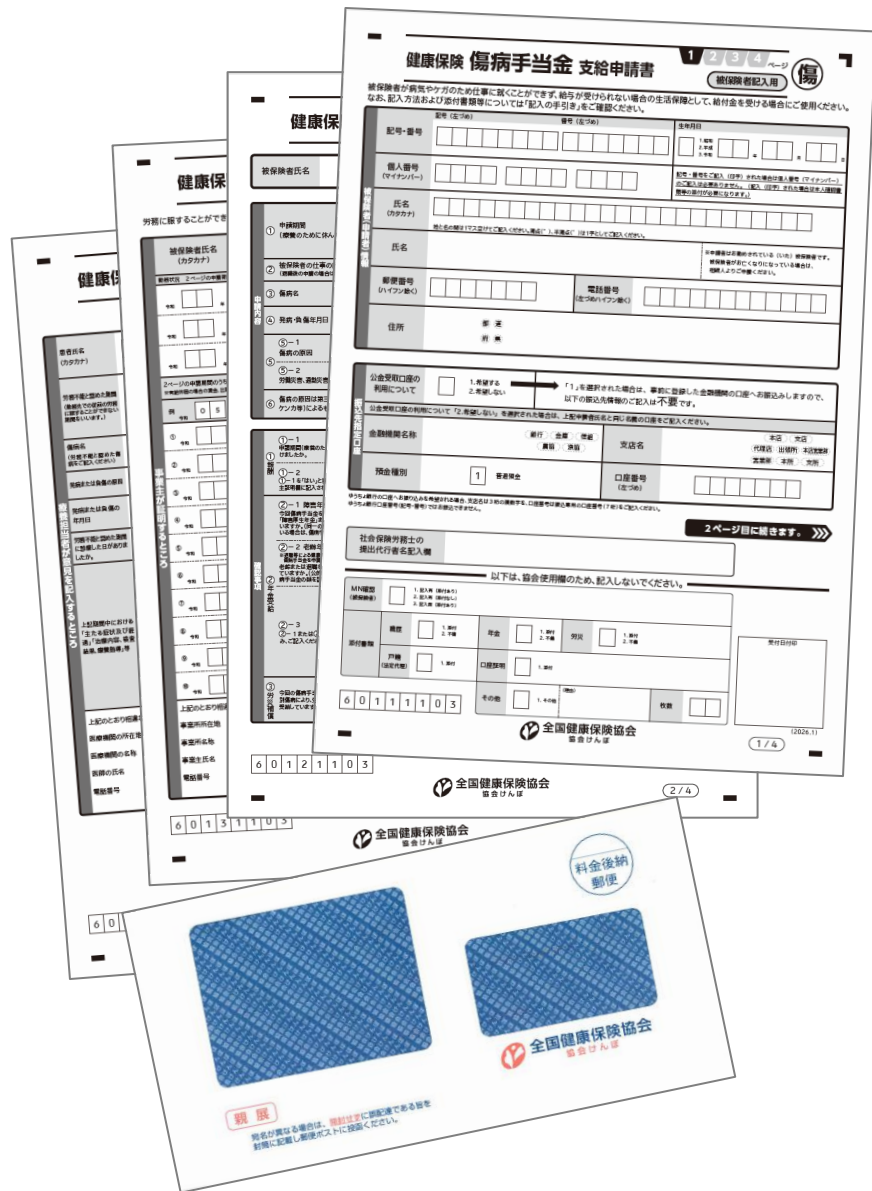


傷病手当金の記入ポイント



傷病手当金支給申請書の返戻



申請に不備があった場合は、
申請書一式を郵送により
被保険者あて返戻します。

傷病手当金 受付(年間)
約62,000件

約14%(約8,900件)
を申請の不備により
返戻しています。(令和6年度調べ)

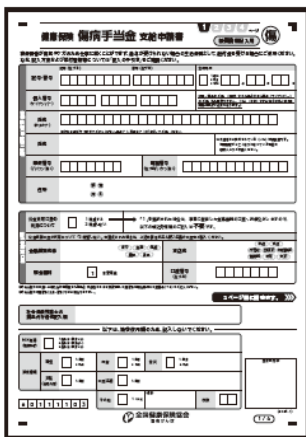
傷病手当金支給申請書

申請書は4ページです。漏れなく正確にご記入ください。

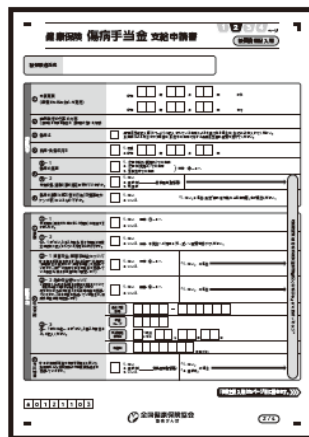
申請者情報、申請内容

被保険者ご自身をご記入ください。
被保険者が亡くなられている場合は、相続人の方が申請者として
ご記入ください。

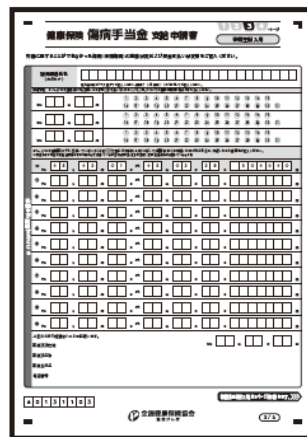
1/4ページ



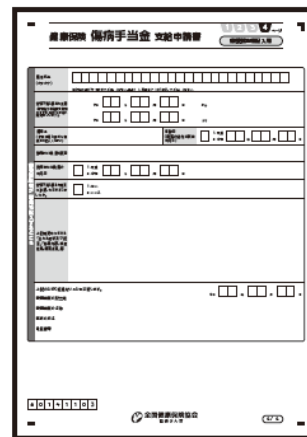
2/4ページ



3/4ページ



4/4ページ



事業主証明

事業主に記入を
依頼してください。

療養担当者の意見書

担当医師に記入を
依頼してください。

1 ページ (被保険者記入用)

記号・番号

- 「記号・番号」欄には、資格情報のお知らせの記号・番号をご記入ください。

資格情報のお知らせ

記号	11400136	番号	25103	枝番	00
氏名	キョウカイ 協会 太郎				
生年月日	昭和 52年 7月 31日				
資格取得年月日	令和 3年 4月 1日				
保険者番号	01390012				
保険者名称	全国健康保険協会 埼玉支部				

- スマートフォンをお持ちの方は、マイナポータル
の資格情報画面でご自身の健康保険の資格画面を確認できます。

(注)協会けんぽでマイナンバーの確認中の場合や協会けんぽにマイナンバーをご提出いただいていない場合はご確認いただけません。

(注)マイナポータルのご利用には、アプリをダウンロードする必要があります。

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。

記号・番号	11400136	番号	25103	生年月日						
個人番号 (マイナンバー)										
氏名 (カタカナ)										
氏名										
郵便番号 (ハイフン除く)					電話番号 (左づめハイフン除く)					
住所	郵便 府 県									

2 ページ目に続きます。 >>>

社会保険労務士の
提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (強制課税)	<input type="checkbox"/>	1. 記入済 (課税あり)									
新付書類	職歴	<input type="checkbox"/>	1. 新付	年金	<input type="checkbox"/>	1. 新付	2. 年費	労災	<input type="checkbox"/>	1. 新付	2. 年費
	戸籍 (法定代理)	<input type="checkbox"/>	1. 新付	口座証明	<input type="checkbox"/>	1. 新付					
				その他	<input type="checkbox"/>	1. その他					

6 0 1 1 1 1 0 3

全国健康保険協会
協会けんぽ

(2026.1)

1 / 4

1 ページ (被保険者記入用)

個人番号(マイナンバー)

- 被保険者のマイナンバーは、**記号・番号が不明の場合のみ**ご記入ください。

記号・番号を記入した場合は、**マイナンバーの記入は不要**です。

(注) マイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です。

㊦㊧の両方を本人確認書類貼付台紙に、貼付のうえ、申請書に添付してください。

㊦身元確認を行うための書類(いずれか1点)

- ・被保険者の個人番号カード(表面)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー

㊧番号確認を行うための書類(いずれか1点)

- ・被保険者の個人番号カード(裏面)のコピー、被保険者のマイナンバーが記載された住民票か住民票記載事項証明書

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護として、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。						
記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日				
記号・番号	11400136 251103	1.期	2.年	3.月	4.日	
個人番号 (マイナンバー)		記号・番号をご記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)のご記入は必要ありません。(記入(印字)された場合は本人確認書類の添付が必要になります。)				
氏名 (カタカナ)						
姓と名の順は1マスずつにご記入ください。漢字(1)・半角点(1)は1字としてご記入ください。						
氏名	※申請書は印刷されている(いた)被保険者です。被保険者がおくなりになっている場合は、相談人よりご申請ください。					
郵便番号 (ハイフン除く)	電話番号 (左づめハイフン除く)					
住所	都 道	府 県				
公金受取口座の 利用について	1.希望する <input type="checkbox"/> 2.希望しない <input type="checkbox"/> → 「1」を選択された場合は、事前に登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は不要です。					
公金受取口座の利用について「2.希望しない」を選択された場合は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご記入ください。						
金融機関名称	銀行 金融 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。						
2 ページ目に続きます。 >>>						
社会保険労務士の 提出代行名を記入欄						
以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。						
MN確認 (継続検査)	1.記入済(印付あり) <input type="checkbox"/> 2.記入済(印付なし) <input type="checkbox"/> 3.記入済(印付あり) <input type="checkbox"/>					
新付書類	職歴	1.添付 <input type="checkbox"/> 2.手帳 <input type="checkbox"/>	年金	1.添付 <input type="checkbox"/> 2.手帳 <input type="checkbox"/>	労災	1.添付 <input type="checkbox"/> 2.手帳 <input type="checkbox"/>
	戸籍 (法定代理)	1.添付 <input type="checkbox"/>	口座証明	1.添付 <input type="checkbox"/>		
6 0 1 1 1 1 0 3		その他	1.その他 (印付) <input type="checkbox"/>		枚数	<input type="text"/>
全国健康保険協会 協会けんぽ						
(2026.1) 1 / 4						

1 ページ (被保険者記入用)

公金受取口座

- 公金受取口座の利用を希望する場合は、「1」を記入してください。
公金受取口座の利用を希望する場合は、事前に登録した金融機関の口座へお振込みしますので、**振込先情報の記入は不要**です。

公金受取口座とは？

給付金などを受け取るための口座として、あらかじめ国(デジタル庁)に登録を行った口座です。

公金受取口座の登録申請方法はデジタル庁のホームページをご確認ください。

なお、登録状況はマイナポータルより「おかね」⇒「公金受取口座」にてご確認ください。

公金受取口座の利用は被保険者本人が請求を行う場合のみ希望することができます。(相続人の方が請求する場合、公金受取口座を利用することはできません。)

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	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日		
記号・番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1.期 2.年 3.月	<input type="text"/>	<input type="text"/>
個人番号 (マイナンバー)	<input type="text"/>		記号・番号をご記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)のご記入は必要ありません。(記入(印字)された場合は本人確認書類の添付が必須になります。)		
氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>				
氏名	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゛)は1字としてご記入ください。				
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	郵便 府 県				
公金受取口座の利用について	<input checked="" type="radio"/> 1.希望する	<input type="radio"/> 2.希望しない	「1」を選択された場合は、事前に登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報の記入は不要です。		
金融機関名称	公金受取口座の利用について「2.希望しない」を選択された場合は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご記入ください。				
預金種別	本店 支店 代理店 出張所 本店兼別営業部 本所 支所				
2 ページ目に続きます。 >>>					
社会保険労務士の提出代行者名記入欄					
以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。					
MN確認 (続行履歴)	<input type="checkbox"/> 1.記入済(印付あり) <input type="checkbox"/> 2.記入済(印付なし) <input type="checkbox"/> 3.記入済(印付あり)				
職歴	<input type="checkbox"/> 1.期 2.年	年金	<input type="checkbox"/> 1.期 2.年	労災	<input type="checkbox"/> 1.期 2.年
戸籍 (法定代理)	<input type="checkbox"/> 1.期	口座証明	<input type="checkbox"/> 1.期	その他	<input type="checkbox"/> 1.その他 (印)
6 0 1 1 1 1 0 3					枚数 <input type="text"/>
全国健康保険協会 協会けんぽ					(2026.1)
					1 / 4

1 ページ (被保険者記入用)

振込先指定口座

- 公金受取口座の利用について「2」(希望しない)を記入された方もしくは相続人の方からご請求いただく場合は、被保険者(申請者)名義の口座情報をご記入ください。

(注) **被保険者(申請者)情報の氏名と同じ名義の口座**をご記入ください。

被保険者の氏名(カタカナ)と口座名義が同じかご確認ください。

(注) 金融機関名称が変更した場合は、変更後の名称・支店名をご記入ください。

- 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)・口座番号をご記入ください。

健康保険 傷病手当金 支給申請書			
1		2	3
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。			
記号・番号	記号(左づめ) 番号(左づめ)	生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和
個人番号 (マイナンバー)		記号・番号をご記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)のご記入は必要ありません。(記入)された場合は本人確認書	
氏名 (カタカナ)	キョウカイ タロウ	氏名と同じ名義の口座	
氏名		※申請者はおおまかに(いた) 被保険者です。被保険者がおなくなりになっている場合は、相続人よりご申請ください。	
郵便番号 (ハイフン除く)		電話番号 (左づめハイフン除く)	
住所	郵便 府 県		
公金受取口座の利用について	2 1. 希望する 2. 希望しない	「1」を選択された場合は、事前に登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は不要です。	
公金受取口座の利用について「2. 希望しない」を選択された場合は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご記入ください。			
金融機関名称	〇〇〇〇 銀行 金庫 信組 農協 漁協	支店名	〇〇〇〇 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)	1234567
ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字も、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。			
2 ページ目へ続きます。 >>>			
社会保険労務士の提出代行者名記入欄			
以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。			
MN選否 (被保険者)	<input type="checkbox"/>	1. 記入済 (印付あり) 2. 記入済 (印付なし) 3. 記入済 (印付あり)	
新付書類	職歴 <input type="checkbox"/> 1. 新付 2. 変更	年金 <input type="checkbox"/> 1. 新付 2. 変更	労災 <input type="checkbox"/> 1. 新付 2. 変更
戸籍 (法定代理)	<input type="checkbox"/> 1. 新付	口座証明	<input type="checkbox"/> 1. 新付
6 0 1 1 1 1 0 3	その他 <input type="checkbox"/> 1. その他 (印付)	枚数	<input type="text"/>
全国健康保険協会 協会けんぽ			(2026.1)
			1 / 4

2 ページ (被保険者記入用)

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 07 年 06 月 05 日 から
令和 07 年 07 月 31 日 まで

② 被保険者の仕事の内容 (退職後の場合は、退職前の仕事の内容)

③ 傷病名 療養届当記入欄(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、左記に印を入れてください。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届当記入書の証明を受けてください。

④ 発病・負傷年月日 1.平成 年 月 日
 2.令和 年 月 日

⑤-1 1. 仕事以外(業務外)での傷病

① 申請期間

- 傷病のため労務に服することができなかった期間をご記入ください。

(注)申請期間は、必ず両方(自・至)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

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 年 月 日 から
令和 年 月 日 まで

② 被保険者の仕事の内容 (退職後の場合は、退職前の仕事の内容) **経理担当事務**

③ 傷病名 療養届当記入欄(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、左記に印を入れてください。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届当記入書の証明を受けてください。

④ 発病・負傷年月日 1.平成 年 月 日
 2.令和 年 月 日

⑤-1 傷病の原因 1. 仕事以外(業務外)での傷病
 2. 仕事(業務上)での傷病 } ⇒ ⑤-2へ
 3. 通勤途中での傷病

⑤-2 労務災害、通勤災害の認定を受けていますか。 1. はい 2. 請求中 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。 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。

⑦-1 申請期間(療養のために休んだ期間)に申請を受けてください。 1. はい ⇒ ⑦-2へ 2. いいえ

② 被保険者の仕事の内容

返戻理由
第2位

- お仕事の内容は、「経理担当事務」「自動車組立」「プログラマー」など具体的にご記入ください。
- 法人の役員である場合は、「法人役員」とご記入ください。
- 退職後の申請の場合は、在職時のお仕事の内容をご記入ください。



③ 傷病名

- 申請の傷病名が療養担当者記入欄(4ページ目)に記入されている傷病名と同じ場合には、チェックしてください。相違する場合には、その傷病に対する療養担当者(医師等)の証明を受けてください。

① 報酬

- 申請期間(療養のために休んだ期間)に報酬を受けた場合は①-1に「1」をご記入ください。また、受けた報酬が、事業主証明欄(3ページ)に記入されている内容のとおりであれば①-2に「1」をご記入ください。

(注)①-2で「2」を記入した場合は、事業主にご確認のうえ正しい証明を受けていただく必要があるため返戻しますのでご注意ください。

健康保険 傷病手当金 支給申請書
1 2 3 4 ページ
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 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

② 被保険者の仕事の内容 (退職中の場合は、退職前の仕事の内容)

③ 傷病名 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、左記に印を入れてください。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 年 月 日 2. 令和 年 月 日

⑤-1 傷病の原因 1. 仕事中以外(業務外)での傷病 ⑤-2へ
 2. 仕事中(業務上)での傷病 ⑤-2へ
 3. 通勤途中での傷病

⑤-2 労務災害、通勤災害の認定を受けていますか。 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。 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欄」まで提出ください。

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。 1. はい ①-2へ 2. いいえ

①-2 ①-1を「はい」と答えた場合、受けた報酬が事業主証明欄に記入されている内容のとおりですか。 1. はい 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 今回の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を受給している場合は、傷病手当金の額を調整します) 1. はい ②-3へ 「1. はい」の場合

②-2 老齢年金等について ※障害年金による障害厚生年金の受給後の老齢年金等について、老齢年金または障害年金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) 1. はい ②-3へ 「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 -

年金コード

支給開始年月日 1. 平成 年 月 日 2. 令和 年 月 日

年金額 円(千円)

③ 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けていますか。 1. はい 2. 請求中(労働基準監督署) 3. いいえ 「1. はい」の場合

「事業主記入用」は3ページ目に貼ります。 >>>

6 0 1 2 1 1 0 3

全国健康保険協会 協会けんぽ 2 / 4



勤務状況

● 勤務状況について、出勤した日付を「○」で表示してください。

なお、出勤した日付は、所定労働時間の一部労務に服した日も含みます。

(注) 2ページ「申請期間」と同じ年月を記入してください。

(注) 待期完成の初日にあたる日を早退した場合、「早」で表示してください。

(注) 有給休暇や公休日の記入は不要です。有給休暇は下段の①～⑩に支給した日と金額をご記入ください。

(注) 申請期間が3ヶ月を超える場合は、3ページを追加で添付して申請してください。



● 申請期間に出勤した日がない場合は、年月のみ 記入してください。

(注) 出勤していない日に「欠」「／」「公」は記入しないでください。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 ページ

事業主記入用

労務に服する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	2ページの申請期間のうち出勤した日付を「○」で記入してください。「早」については出勤の有無に関わらずご記入ください。																														
令和 07 年 06 月	1	2	3	4	早	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
令和 07 年 07 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
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

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、傷病等(※)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(傷病手当・住宅手当等)、賞金・住居等物支給しているもの等

例 令和 05 年 02 月 01 日 から 05 年 02 月 28 日 30000000

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

上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日

事業所所在地 年 月 日

事業所名称

事業主氏名

電話番号

「事業主記入用」は4ページ目に続きます。▶▶▶

6 0 1 3 1 1 0 3

全国健康保険協会 協会けんぽ

3 / 4

3 ページ (事業主記入用)

出勤した日がない場合の記入例

- ① 申請期間に出勤した日がない場合は、年月のみ記入(正しい)

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	07	月	11	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
年	07	月	12	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
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

- ② 出勤した日がないことを横線で記入(誤り)

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	07	月	11	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
年	07	月	12	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
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

- ③ 出勤した日がないことを斜め線、公休日を記入(誤り)

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	07	月	11	/	/	/	/	公	公	/	/	/	/	公	公	/	/	/	/	/	/	/	公	公	/	/	/	/	公	公	/	/	/	
年	07	月	12	/	/	公	/	/	公	/	/	/	/	公	公	/	/	/	/	/	/	/	公	公	/	/	/	/	公	公	/	/	/	
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

- ④ 出勤した日がないことを「出勤なし」と記入(誤り)

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	07	月	11	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
年	07	月	12	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
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

賃金支払い状況

- 支給していない報酬については、支給期間や金額(0円)の記入は不要です。

① 支給していない報酬について、支給期間やの記入なし(正しい)

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・住居等補助支給しているもの等

例	令和 05 年 02 月 01 日	から	令和 05 年 02 月 28 日	まで	3000000 円
①	令和				
②	令和				
③	令和				

支給していない場合は
記入不要

② 支給していない報酬について、支給期間や金額(0円)を記入(誤り)

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・住居等補助支給しているもの等

例	令和 05 年 02 月 01 日	から	令和 05 年 02 月 28 日	まで	3000000 円
①	令和 07 年 11 月 01 日	から	令和 07 年 11 月 30 日	まで	0 円
②	令和 07 年 12 月 01 日	から	令和 07 年 12 月 31 日	まで	0 円
③	令和				

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 ページ
事業主記入用

労務に服する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)

勤続状況 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。

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

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・住居等補助支給しているもの等

例	令和 05 年 02 月 01 日	から	令和 05 年 02 月 28 日	まで	3000000 円
①	令和				
②	令和				
③	令和				
④	令和				
⑤	令和				
⑥	令和				
⑦	令和				
⑧	令和				
⑨	令和				
⑩	令和				

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

6 0 1 3 1 1 0 3

全国健康保険協会 協会けんぽ

3 / 4

3 ページ (事業主記入用)

- 給与(報酬)の支払いがある場合、傷病手当金の支給額が調整されます。

日給月給の場合の記入例

被保険者氏名	協会 太郎 (キョウカイ タロウ)	申請期間	6/5~7/31
勤務状況	6/5出勤後に早退(早退後は有給)、6/6・6/7有給休暇、6/26~30出勤、6/8~23・7/1~31欠勤		
給与支払の方法	日給月給制、月末締め、翌月20日払い、所定労働日数22日		
給与の種類	基本給(220,000円)、通勤手当(10,000円)、残業手当(1,875円/時間)		
欠勤控除の計算	<ul style="list-style-type: none"> ・基本給は、欠勤日数分を差し引いて支給。(「基本給(220,000円)÷所定労働日数(22日)×欠勤日数」で計算) ・通勤手当は欠勤があっても1か月分を全額支給。 ・6/1~30の間で、6/2に4時間の時間外勤務(残業)あり。 ・7月は欠勤により報酬なし(0円)。 		

	6月	7月
対象期間	6/1~6/30	7/1~7/31
支払日	7/20	8/20
基本給	100,000円	0円
通勤手当	10,000円	0円
住居手当	-	-
家族手当	-	-
残業手当	7,500円	0円
合計	117,500円	0円

6月

日	月	火	水	木	金	土
				1	2	3
				出勤	出勤	
4	5	6	7	8	9	10
	早退	有給	有給	欠勤	欠勤	
11	12	13	14	15	16	17
	欠勤	欠勤	欠勤	欠勤	欠勤	
18	19	20	21	22	23	24
	欠勤	欠勤	欠勤	欠勤	欠勤	
25	26	27	28	29	30	
	出勤	出勤	出勤	出勤	出勤	

7月

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

※実際の曜日とは異なります

3 ページ (事業主記入用)

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 ページ

事業主記入用

労務に服する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) **キョウカイ タロウ**

勤務状況 2ページ

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

07 年 06 月 早 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

07 年 07 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

2ページの申請期間のうち、出勤していない日(上記○)で書込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、出勤等の有無にかかわらず支給している手当(傷病手当・住宅手当等)、賞与・退職金等も記入してください。

例 05 年 02 月 01 日 05 年 02 月 28 日 30000 円

① 07 年 06 月 06 日 07 年 06 月 07 日 20000 円

② 07 年 06 月 01 日 07 年 06 月 30 日 10000 円

③ 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 〇〇〇〇 円

④ 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 〇〇〇〇 円

⑤ 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 〇〇〇〇 円

⑥ 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 〇〇〇〇 円

⑦ 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 〇〇〇〇 円

⑧ 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 〇〇〇〇 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 **埼玉県さいたま市大宮区△△1-1** 07 年 08 月 10 日

事業所名称 **〇〇株式会社**

事業主氏名 **健保 三郎**

電話番号 **048-XXX-XXXX**

6 0 1 3 1 1 0 3

全国健康保険協会 協会けんぽ

3 / 4

ポイント① 申請期間を含む年月を記入

申請期間: 6/5~7/31 → **6月、7月**を記入

ポイント② 申請期間内で出勤した日に「○」を記入

出勤「○」、早退した日「早」は、**記入が必要**です。

- 6/5は出勤後早退(早退後は有給)
- 6/26~30は出勤

欠勤「/」、公休日「公」、有給「△」等の記入は**不要**です。

- 6/6・6/7は有給
- 6/8~23、7/1~31は欠勤

6月

日	月	火	水	木	金	土
				1	2	3
				出勤	出勤	
4	5	6	7	8	9	10
	早退	有給	有給	欠勤	欠勤	
11	12	13	14	15	16	17
	欠勤	欠勤	欠勤	欠勤	欠勤	
18	19	20	21	22	23	24
	欠勤	欠勤	欠勤	欠勤	欠勤	
25	26	27	28	29	30	
	出勤	出勤	出勤	出勤	出勤	

7月

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

※実際の曜日とは異なります

3 ページ (事業主記入用)

健康保険 傷病手当金 支給申請書 1 2 3 4 ページ
事業主記入用

労務に服する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) **キョウカイ タロウ**

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。早退については出勤の有無に問わずご記入ください。

令和 07 年 06 月	1	2	3	4	早	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
令和 07 年 07 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
令和 07 年 06 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

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、給与を支払った日がある場合は、支給した日と金額をご記入ください。

令和 07 年 06 月 06 日	07 年 06 月 07 日	07 年 06 月 07 日	20000
令和 07 年 06 月 01 日	07 年 06 月 30 日	10000	

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地 **埼玉県さいたま市大宮区△△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 **048-XXX-XXXX**

6 0 1 3 1 1 0 3

全国健康保険協会 協会けんぽ

3 / 4

ポイント③ 申請期間に対して支給した報酬を記入

記入必要

- 「申請期間中の有給休暇」
→ 基本給 ÷ 所定労働日数 × 有給日数
(220,000円 ÷ 22日) × 2日 = 20,000円
- 「欠勤控除していない各種手当」
→ 通勤手当は1か月分を全額支給
通勤手当(全額) 10,000円

記入不要

- 「支払っていない期間や報酬(0円)」
- 「欠勤控除した基本給」
- 「欠勤控除した各種手当」

ポイント④ 証明日は申請期間経過後の日付を記入

<その他の留意事項>

(注) 出勤簿や賃金台帳の写し等の書類は、添付しないでください。

(注) 訂正される場合は、訂正箇所を読み取りができないように塗り潰し、欄外に正しい内容をご記入ください。

4 ページ (療養担当者記入用)

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

患者氏名 (カタカナ)

姓と名の欄は1マスずつでご記入ください。漢字(〃)、半角点(・)は1字としてご記入ください。

労務不能と認められた期間 (傷病先での業務の労務に就することができない期間をいいます。)

※ 07 年 06 月 05 日 から
※ 07 年 07 月 31 日 まで

傷病名 (労務不能と認められた傷病をご記入ください)

初診日 (療養の給付の開始年月日)

1. 平成 年 月 日
2. 令和 年 月 日

発病または負傷の原因

発病または負傷の年月日

1. 平成 年 月 日
2. 令和 年 月 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。

1. はい
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 埼玉県さいたま市北区区△△1-1

医療機関の名称 ○○総合病院

医師の氏名 保険 五郎

電話番号 048-XXX-XXXX

07 年 08 月 12 日

6 0 1 4 1 1 0 3

全国健康保険協会 協会けんぽ

4 / 4

- 4ページ目(療養担当者記入用)は、療養担当者(医師等)の意見を受けてください。
- 病院を転院した場合は、それぞれの病院で療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

(ご注意ください)

「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」の未記入等が散見されます。

未記入等があれば、医療機関(医師等)に正しい記入をご依頼ください。

書き方動画を配信中



概要欄に
タイムスタンプ
あります

任意継続



傷病手当金



高額療養費



“AIチャット”でもっと詳しく

協会けんぽ

検索

