健康保険 傷病手当金 支給申請書(第 回)

1 2 3 4

被保険者記入用

傷

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、楷書で枠内に丁寧にご記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ア イ ウ

被保険者情報

被保険者証の（左づめ）	記号 / 番号	生年月日 年 月 日
		1.昭和 2.平成 3.令和
氏名	（フリガナ）	
住所	〒	都 道 府 県
電話番号（日中の連絡先）※ハイフン除く	TEL	

振込先指定口座

金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（ ）	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所	
預金種別	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	左づめでご記入ください。
口座名義	▼カタカナ（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。）	口座名義の区分	1. 被保険者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入してください。

受取代理人の欄

被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 氏名	年 月 日 1.平成 2.令和
	住所 「被保険者情報」の住所と同じ	
代理人（口座名義人）	〒 TEL（ハイフン除く） 住所 （フリガナ） 氏名	被保険者との関係

「被保険者記入用」は2ページに続きます。

被保険者のマイナンバー記載欄

被保険者証の記号番号がご不明の場合にご記入ください。

記入した場合は、本人確認書類及び貼付台紙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。）

▶

(2021.6)

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

様式番号 6 0 1 1 6 0

協会使用欄 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

1 2 3 4

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者記入用

被保険者氏名	

申請内容

1 傷病名 1つの記入欄に複数の傷病名を記入しないでください。	1) 2) 3)	2 初診日	□ 1.平成 2.令和　年 月 日 □ 1.平成 2.令和　年 月 日 □ 1.平成 2.令和　年 月 日
3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	□ 1. 病気（発病時の状況） 2. ケガ ➡ 負傷原因届を併せてご提出ください。		
4 療養のため休んだ期間(申請期間)	□ 1.平成 2.令和　年 月 日から □ 1.平成 2.令和　年 月 日まで	日数	日間
5 あなたの仕事の内容(具体的に) (退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)			

確認事項

1 上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	□ 1. はい 2. いいえ	
1-① 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の対象となった(なる)期間をご記入ください。	□ 1.平成 2.令和　年 月 日 から □ 1.平成 2.令和　年 月 日 まで	報酬額　円
2 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。	□ 1. はい 2. 請求中 3. いいえ ➡ □ 1. 障害厚生年金 2. 障害手当金	「はい」の場合 ➡ 『健康保険傷病手当金支給申請書記入の手引き』に記載の「添付書類をご用意ください。」および「支給期間と支給額 3 」をご確認ください。
2-① 「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった(なる)傷病名及び基礎年金番号等をご記入ください。 (「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号のみをご記入ください。)	傷病名 基礎年金番号　年金コード 支給開始年月日 □ 1.昭和 2.平成 3.令和　年 月 日　年金額　円	
3 (健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。)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。	□ 1. はい　3. いいえ 2. 請求中	「はい」の場合 ➡
3-① 「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください。 (「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみをご記入ください。)	基礎年金番号　年金コード 支給開始年月日 □ 1.昭和 2.平成 3.令和　年 月 日　年金額　円	
4 労災保険から休業補償給付を受けていますか。(又は、過去に受けたことがありますか。)	□ 1. はい　3. いいえ 2. 労災請求中	「はい」の場合 ➡
4-① 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。		労働基準監督署

様式番号

6	0	1	2	6	9

「事業主記入用」は3ページに続きます。

全国健康保険協会
協会けんぽ

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。

事業主が証明するところ

被保険者氏名

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	出勤	有給
		計 日	日
		計 日	日
		計 日	日

上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か?	給与の種類	賃金計算	
□ はい □ いいえ	□ 月給　□ 時間給 □ 日給　□ 歩合給 □ 日給月給　□ その他	締　日	日
		支払日	1.当月 2.翌月　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。

支給した(する)賃金内訳

期間 / 区分	単価	月 日～ 月 日分	月 日～ 月 日分	月 日～ 月 日分
		支給額	支給額	支給額
基本給				
通勤手当				
手当				
手当				
手当				
手当				
現物給与				
計				

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。

担当者 氏名

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

1.平成 2.令和

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号 ※ハイフン除く

様式番号 6 0 1 3 6 8

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

療養担当者記入用

療養担当者が意見を記入するところ

患者氏名			
傷病名	(1) (2) (3)	初診日（療養の給付開始年月日）	(1) □ 1.平成 2.令和 年 月 日 (2) □ 1.平成 2.令和 (3) □ 1.平成 2.令和
発病または負傷の年月日	□ 1.平成 2.令和 年 月 日	□ 発病 □ 負傷	発病または負傷の原因
労務不能と認めた期間	□ 1.平成 2.令和 年 月 日 から □ 1.平成 2.令和 年 月 日 まで	日間	
うち入院期間	□ 1.平成 2.令和 年 月 日 から □ 1.平成 2.令和 年 月 日 まで	日間入院	療養費用の別：□ 健保 □ 公費（ ） □ 自費 □ その他 転帰：□ 治癒 □ 中止 □ 繰越 □ 転医
診療実日数（入院期間を含む）	日		
診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	□□ 月 □□ 月 □□ 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	

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）

	手術年月日：□ 1.平成 2.令和 年 月 日
	退院年月日：□ 1.平成 2.令和 年 月 日

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

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：□ 1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	人工臓器等の種類：□ 人工肛門 □ 人工関節 □ 人工骨頭 □ 心臓ペースメーカー □ 人工透析 □ その他（ ）

上記のとおり相違ありません。

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名

□ 1.平成 2.令和 年 月 日

電話番号 ※ハイフン除く

様式番号 6 0 1 4 6 7