

# 記入のポイント 傷病手当金（1ページ）

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 ページ 傷

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（左づめ）	番号（左づめ）	生年月日
記号・番号		1.期別 2.年次 3.期別
氏名 (カタカナ)	姓と名の順は1マスずつ記入ください。漢字( )、平仮名( )は1字としてご記入ください。	
氏名	※申請者はお勤めされている(いた)被保険者です。被保険者がお亡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 (左づめのハイフン除く)	

申請者氏名と同じ名義の口座を記入

外国人や氏名変更等で健康保険の氏名と口座名義に相違がある場合は、通帳のコピーを毎回添付

申込先指定口座は、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( ) 信連( ) 信用( ) 農協( ) 済信( )	支店名	本店( ) 支店( ) 代理店( ) 出張所( ) 出張事務所( ) 支所( ) 支所( )
--------	----------------------------------	-----	--

十六銀行、大垣共立銀行の本店営業部は、「本店営業部」に○ 「本店」は×

2ページ目に続きます。 >>>

被保険者の記号・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

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

**記入不要**

全国健康保険協会  
協会けんぽ

1/4



# 記入のポイント 傷病手当金 (3ページ)

自動審査システムで支給金額の算出を行っているため、誤りのないように記入願います。  
誤りがあると減額・不支給になる可能性があります。

申請期間の年月  
は必ず記入

★勤務状況は（申請期間のうち）  
出勤した日のみを○で囲む  
公休・有給・欠勤→記入不要

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 ページ

専業主記入用

労務に就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)  必ず記入 (カタカナ)

勤務状況 (2ヶ月ごとの申請期間のうち出勤した日(注記①)で囲んでください。有給・欠勤・公休は○で囲んでください。)

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

2ヶ月ごとの申請期間のうち、出勤していない日(注記①)で囲んでください。有給・欠勤・公休は○で囲んでください。支給した日(注記②)を記入してください。

月 0 5 日 0 2 月 0 1 日 0 5 月 0 2 日 2 8 日 3 0 0 0 0 0

★出勤していない日に対して支払った報酬等があれば記入 (有給・1か月固定の手当等)  
★手当の名称・給与の計算式は記入不要  
★「0円」の場合、期間・金額ともに記入不要

申請所所在地  必ず記入

申請日  証明日は、申請期間経過後の日付

6 0 1 3 1 1 0 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

3 / 4

出勤日 (○印) に  
支払った報酬等は記入し  
ない。  
(自動審査で減額・不支給に  
なる可能性があります。)

【例】

1か月のうち  
10日間欠勤  
10日間公休  
10日間出勤 (日給10,000円)  
ほかに手当なしの場合



× 100,000円  
○ 何も記入しない  
(出勤分賃金は記入しない)



# 記入のポイント 傷病手当金 (3ページ)

記入例③ 申請期間中に出勤日がある場合(出勤日以外賃金支払いなし)  
 申請期間(4/1~30) 出勤日(4/7,14,21,28)

令和 07 年 04 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 月 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
令和 月 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、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・住居等別項支給しているもの等

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

何も記入しない

★証明日は令和7年4月30日以降の日付

記入例④ 申請期間中に出勤日がなく、住宅手当1か月分満額支給された場合  
 申請期間(4/1~30) 住宅手当(1ヵ月20,000円)

令和 07 年 04 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 月 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
令和 月 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、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・住居等別項支給しているもの等

別	令和 05 年 02 月 01 日 から 05 年 02 月 28 日	3000000
①	令和 07 年 04 月 01 日 から 07 年 04 月 30 日	20000
②	令和 月 年 月 日 から 月 年 月 日	円
③	令和 月 年 月 日 から 月 年 月 日	円

支払った期間を記入  
 (今回の例は賃金計算の締め日が月末)

支払った金額を  
 記入

★証明日は令和7年4月30日以降の日付

# 記入のポイント 傷病手当金（4ページ）

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
申請者氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>	
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。		
労務不能と認めた期間 (勤務先での従前の労務に降することができない期間をいいます。)	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
傷病名 (労務不能と認めた傷病名をご記入ください)	初診日 (療養の給付の開始年月日)	<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
傷病または負傷の原因		
傷病または負傷の日	<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	
労務不能と認めた期間に診察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"/> 年 <input type="text"/> 月 <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		

療養担当者が意思を記入するところ

このページはすべて療養担当者(主治医等)が記入

労務不能と認めた期間以降の日付であること

6 0 1 4 1 1 0 1