

現金給付、証交付、任意継続等に関する申請 編

---

2-3-1-①-a

## 申請内容を入力する

傷病手当金支給申請書

本項では傷病手当金支給申請書の申請内容を入力する操作概要について説明します。

# 1. 加入者情報を入力する

## ●被保険者が申請する場合

1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6

加入者情報入力

被保険者(申請者)情報

保険者名称 **必須**

保険者名称  
東京支部

記号・番号 **必須**

半角数字7桁以上、8桁以内で入力ください。

記号  
21700023

半角数字7桁以内で入力ください。

番号  
21

保険者名称や記号・番号は全国健康保険協会の資格情報が設定されるため、入力不要です。

**氏名** **必須**

全角13文字(半角26文字)以内で入力ください。  
姓と名の間にスペースを入力ください。

氏名  
協会 花子

**氏名(カタカナ)** **必須** 

全角25文字以内で入力ください。濁点(・)、半濁点(^)は1文字としてカウントします。  
セイとメイの間にスペースを入力ください。

氏名(カタカナ)  
キョウカイ ハナコ

**生年月日** **必須**

年  
昭和64年・平成元年(1989年) 

月  
5月 

日  
10日 

氏名と生年月日は全国健康保険協会の資格情報が設定されます。入力内容に誤りがないか確認し、誤りがある場合は修正します。

> [郵便番号と住所の入力](#) <

## ● 社会保険労務士の場合

1 — 2 — 3 — 4 — 5

加入者情報入力

被保険者(申請者)情報

保険者名称 **必須**

保険者名称  
東京支部

記号・番号 **必須**

記号  
21700023

番号  
21

保険者名称と記号・番号を入力します。

氏名 必須

全角13文字(半角26文字)以内で入力ください。  
姓と名の間にスペースを入力ください。

氏名  
協会 花子

氏名(カタカナ) 必須 ?

全角25文字以内で入力ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1文字としてカウントします。  
セイとメイの間にスペースを入力ください。

氏名(カタカナ)  
キョウカイ ハナコ

生年月日 必須

年  
昭和64年・平成元年(1989年) ▼


月  
5月 ▼

日  
10日 ▼



氏名と生年月日を入力します。

> [郵便番号と住所の入力](#) <

郵便番号 **必須**

半角数字(ハイフンなし)7桁で入力ください。  
郵便番号を7桁入力して表示される候補を選択すると、住所欄に反映されます。  
郵便番号が分からない方は [こちら](#) 

郵便番号

1050000  

1050000  
東京都港区

7 / 7

郵便番号欄に郵便番号を 7 桁すべて入力します。選択可能な住所が一覧で表示されます。住所を選択します。

**住所 必須**

住所は全角39文字(半角78文字)以内で入力ください(都道府県は文字数に含みません)。

都道府県	東京都
市区町村	港区
丁目・番地	〇〇1丁目1番地
建物名・号室	△△マンション101

自動入力された住所を確認し、住所の詳細を入力します。

電話番号 **必須**

半角数字10桁以上、12桁以内で入力ください。

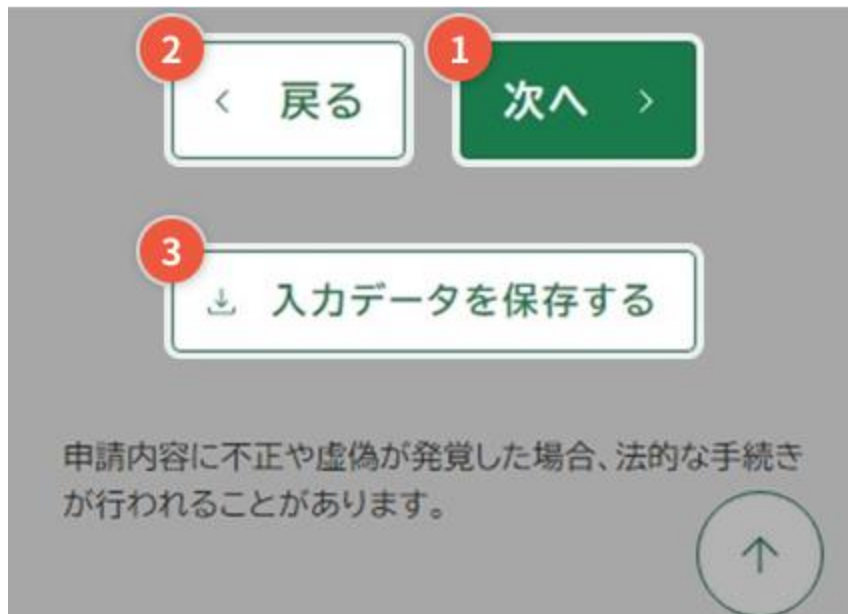
090 - 1234 - 1234

今回の申請は一度お返しした申請について再申請(提出)されるものですか。 **必須** (?)

☐ はい ☒ いいえ

電話番号を入力し、今回の申請が再申請の場合は「はい」を、再申請ではない場合は「いいえ」を選択します。





① 「次へ」ボタン

入力内容を確認し、問題がない場合は「次へ」ボタンを押します。

② 「戻る」ボタン

「戻る」ボタンを押すと、前のページに戻ります。

**attention** .....  
**操作に関する注意事項**

この画面で「戻る」ボタンを押すと、内容がクリアされますので、ご注意ください。

③ 「入力データを保存する」ボタン

「入力データを保存する」ボタンを押すと、次回、メニュー画面の申請する欄にある「保存データを利用して申請」ボタンから申請を再開することができます。

入力内容のデータは「傷病手当金支給申請書\_YYYYYMMDDhhmmss.json」のファイル名で、ご利用の端末に保存されます。

例: 2026 年1月 20 日 10 時 30 分 22 秒に「入力データを保存する」ボタンを押した場合、ファイル名は「傷病手当金支給申請書\_20260120103022.json」となります。

> 2-3-1 ④保存データを利用して申請する ハ

## 2.口座情報を入力する

振込先指定口座

公金受取口座希望 **必須**

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座への振込を希望する場合は、「希望する」を選択してください。

公金受取口座への振込を希望されない場合は「希望しない」を選択してください。

※原則申請者本人の口座にお振込みします。申請者が被保険者の場合のみ公金受取口座を希望できます。

マイナポータルに登録された公金受取口座の情報について、協会けんぽが口座情報を取得できるまで一定の期間を要します。

そのため、マイナポータルに公金受取口座を登録されて間もない方は、ご利用の希望に添えない場合がございますので、予めご了承ください。

**希望する**      希望しない

公金受取口座希望の有無を選択します。

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座への振込を希望する場合は、「希望する」を選択します。

公金受取口座への振込を希望しない場合は、「希望しない」を選択します。

「希望する」を選択した場合 > [次の操作](#) へ

「希望しない」を選択した場合 > [公金受取口座を希望しない場合](#) へ

## ● 公金受取口座を希望しない場合

金融機関名称 **必須**

金融機関名称をひらがな、カタカナ、漢字、英字のいずれか1文字以上入力し、表示された候補から選択してください。  
候補から選択せず直接入力される場合は、「銀行」、「信用金庫」等、金融機関の種別まですべて入力ください。  
振込先指定口座は、申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。  
全角50文字以内で入力ください。

▼ [海外療養費を申請される場合の口座の入力についてはこちら](#)

金融機関名称

けんぽ

けんぽ銀行

けんぽ信託銀行

埼玉けんぽ農業協同組合

金融機関名称を検索して選択するか、直接入力します。

※金融機関名称は部分一致で検索されます。

支店名 **必須**

支店名をひらがな、カタカナ、漢字、英字のいずれか1文字以上入力し、表示された候補から選択してください。

候補から選択せず直接入力される場合は、「支店」、「本店」、「出張所」等、支店の種別まですべて入力ください。

全角15文字以内で入力ください。

✓ [ゆうちょ銀行の場合の注意点はこちら](#)

支店名

押上支店

浅草橋支店

亀有支店

綾瀬支店

赤羽支店

青山支店

支店名を検索して選択するか、直接入力します。

※支店名は部分一致で検索されます。

預金種別

ご指定いただけるのは普通預金口座のみとなります。

普通預金

口座番号 **必須**

半角数字7桁以内で入力ください。

▼ [ゆうちょ銀行の場合の注意点はこちら](#)

口座番号

1234567

口座番号を入力します。



① 「次へ」ボタン

入力内容を確認し、問題がない場合は「次へ」ボタンを押します。

② 「戻る」ボタン

「戻る」ボタンを押すと、前のページに戻ります。

③ 「入力データを保存する」ボタン

「入力データを保存する」ボタンを押すと、次回、メニュー画面の申請する欄にある「保存データを利用して申請」ボタンから申請を再開することができます。

入力内容のデータは「傷病手当金支給申請書\_YYYYYMMDDhhmmss.json」のファイル名で、ご利用の端末に保存されます。

例:2026 年1月 20 日 10 時 30 分 22 秒に「入力データを保存する」ボタンを押した場合、ファイル名は「傷病手当金支給申請書\_20260120103022.json」となります。

> 2-3-1 ④保存データを利用して申請する [へ](#)

### 3. 申請情報を入力する

✓

✓

3

4

5

6

申請情報入力

申請期間(療養のために休んだ期間) 必須

?

傷病のため労務に服することができなかった期間を入力ください。

年

令和8年(2026年)

▼

月

1月

▼

日

20日

▼

から

年

令和8年(2026年)

▼

月

1月

▼

日

31日

▼

申請内容の申請期間(療養のために休んだ期間)を入力します。

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) **必須**

お仕事の内容は、「経理担当事務」「自動車組立」など具体的に入力ください。法人の役員である場合は、「法人役員」と入力ください。  
全角30文字以内で入力ください。

仕事内容

経理事務担当

仕事の内容を入力します。



傷病名 **必須**

申請書の療養担当者記入用ページに記載されている傷病による申請である場合は、「一致する」を選択してください。

一致する

一致しない

発病・負傷年月日 **必須**

申請書の療養担当者記入用ページに記載されている発病・負傷年月日を入力いただくか、ご自身で把握されている日付を入力ください。

年

令和8年(2026年)



月

1月



日

20日



用意していた申請書の療養担当者記入用ページを開き、傷病名が正しいか確認します。

正しい場合は傷病名の「一致する」を選択し、発病・負傷年月日を入力します。

傷病の原因 **必須**

傷病の原因

工作中以外(業務外)での傷病

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。 **必須**

はい いいえ

傷病の原因を入力し、原因が第三者の行為によるものか選択します。



point .....

## 操作に関するポイント

「傷病の原因」で「工作中(業務上)での傷病」、または「通勤途中での傷病」を選択した場合、「労働災害、通勤災害の認定を受けていますか。」が表示されます。

労働災害、通勤災害の認定の有無を選択します。

The screenshot shows a form with two main sections. The first section is titled '傷病の原因' (Cause of Injury) with a '必須' (Required) label. Below it is a dropdown menu with '工作中(業務上)での傷病' (Injury during work/business) selected. The second section is titled '労働災害、通勤災害の認定を受けていますか。' (Are you recognized for labor/commute disaster?) with a '必須' (Required) label. Below it is a dropdown menu with '請求中' (Requesting) selected.

「労働災害、通勤災害の認定を受けていますか。」で「請求中」を選択した場合、労働基準監督署名の入力欄が表示されます。

請求を行っている労働基準監督署名を入力します。

The screenshot shows the same form as before, but with the '労働災害、通勤災害の認定を受けていますか。' (Are you recognized for labor/commute disaster?) section expanded. Below the dropdown menu, there is a text input field for the '労働基準監督署名' (Labor Standard Supervisory Signature). The input field contains the text '〇〇労働基準監督署' (〇〇 Labor Standard Supervisory Office). Above the input field, there is a note: '労働基準監督署名を全角20文字以内で入力ください。' (Please enter the labor standard supervisory signature within 20 full-width characters).

確認事項

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。 **必須**

☐ はい ☒ いいえ

確認事項の申請期間(療養のために休んだ期間)に報酬を受けたか選択します。



#### point 操作に関するポイント

「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。」で「はい」を選択した場合、「受けた報酬は事業主記入用ページに記載されている内容のとおりですか。」が表示されます。

用意していた申請書の事業主記入用ページを開き、受けた報酬が正しいか確認し、選択します。

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。 **必須**

☒ はい ☐ いいえ

受けた報酬は事業主記入用ページに記載されている内容のとおりですか。 **必須**

☒ はい ☐ いいえ

今回傷病手当金を申請するものと同じの傷病で「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。 **必須** (?)

**はい**    いいえ

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。 (?)

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選択してください。

**はい**    いいえ

障害年金等、または老齢年金等の受給をしているか選択します。

「はい」を選択した場合 > [年金情報の入力](#) へ

「いいえ」を選択した場合 > [労災保険給付の有無](#) へ

## ●「はい」を選択した場合

年金情報の入力欄が表示されます。

The screenshot shows a web form titled "年金情報" (Pension Information). It contains three input sections:

- 基礎年金番号 必須** (Basic Pension Number Required):
  - Instruction: 基礎年金番号(符号)を半角数字4桁で入力ください。 (Enter the basic pension number (symbol) in 4 half-width digits.)
  - Input field: A box labeled "符号" (Symbol) containing the value "1234".
- 基礎年金番号(番号)を半角数字6桁で入力ください。** (Enter the basic pension number (number) in 6 half-width digits.):
  - Input field: A box labeled "番号" (Number) containing the value "123456".
- 年金コード 必須** (Pension Code Required):
  - Instruction: 年金証書や年金額改定通知書等に記載されている年金コード(4桁の数字)を半角で入力ください。 (Enter the pension code (4-digit number) recorded in the pension certificate or pension amount revision notice in half-width characters.)
  - Input field: A box labeled "年金コード" (Pension Code) containing the value "1150".

基礎年金番号、年金コードを入力します。

支給開始年月日

支給開始日がわからない場合は、年月まで入力ください。

年

令和8年(2026年)

▼

月

1月

▼

日

20日

▼

年金額

必須

半角数字10桁以内で入力ください。

年金額

500,000

円

支給開始年月日、年金額を入力します。

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。 **必須**

労災受給の有無

いいえ

別傷病により、労災保険から休業補償給付を受給しているか選択します。



#### point 操作に関するポイント

「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。」で「請求中」を選択した場合、労働基準監督署名の入力欄が表示されます。

請求を行っている労働基準監督署名を入力します。

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。 **必須**

労災受給の有無

請求中

労働基準監督署名を全角20文字以内で入力ください。

労働基準監督署名

〇〇労働基準監督署





① 「次へ」ボタン

入力内容を確認し、問題がない場合は「次へ」ボタンを押します。

> 2-3-1 ②書類をアップロードする [へ](#)

② 「戻る」ボタン

「戻る」ボタンを押すと、前のページに戻ります。

③ 「入力データを保存する」ボタン

「入力データを保存する」ボタンを押すと、次回、メニュー画面の申請する欄にある「保存データを利用して申請」ボタンから申請を再開することができます。

入力内容のデータは「傷病手当金支給申請書\_YYYYYMMDDhhmmss.json」のファイル名で、ご利用の端末に保存されます。

例:2026 年 1 月 20 日 10 時 30 分 22 秒に「入力データを保存する」ボタンを押した場合、ファイル名は「傷病手当金支給申請書\_20260120103022.json」となります。

> 2-3-1 ④保存データを利用して申請する [へ](#)