



傷病手当金支給申請書

『協会けんぽGUIDEBOOK』49ページ参照

被保険者が病気やケガで4日以上仕事に就けず(連続する3日の休業を含む)、その間の給与を受けられないときに支給されます。

記載例

申請書は1～4頁をすべてそろえて提出をお願いします。ただし、退職等により資格喪失している場合であって、申請期間(2頁目)に在職期間が1日も含まれないときは、3頁目は空欄でご提出ください。

1 1頁目：被保険者(申請者)記入用

記号・番号は、保険証に記載されています。退職等で資格喪失されている方につきましては、資格喪失前の記号・番号をご記入ください。



※支給決定通知書上部()内の数字が(記号・番号)です。

被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください(住所・振込口座も同様です)。

※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

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)・7桁の口座番号をご記入ください。

保険証の記号・番号を記入した場合は記入不要です。

2 2頁目：被保険者(申請者)記入用

未来日の申請はできません。第1回目の申請は「待期間(3日間)」を含めてご記入ください。

記入漏れが多い箇所です。ご注意ください。

仕事の具体的な内容(例えば、「経理担当事務」「自動車組立」「プログラマー」等)をご記入ください。

※退職後の申請の場合は、在職時の仕事の内容をご記入ください。

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、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の証明を受けてください。

3 3 頁目：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を含む資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)	キョウカイ タロウ																			
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。																				
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。																				
令和	05	年	10	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	05	年	11	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	05	年	12	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・住居等現物支給しているもの等																				
例	05	年	02	月	01	日	から	05	年	02	月	28	日	300000 円						
①	05	年	10	月	01	日	から	06	年	03	月	31	日	90000 円						
②	05	年	11	月	01	日	から	05	年	11	月	30	日	10000 円						
③	05	年	11	月	12	日	から	05	年	11	月	12	日	4000 円						
④	05	年	12	月	29	日	から	05	年	12	月	30	日	16000 円						
⑤		年		月		日	から		年		月		日							
⑥		年		月		日	から		年		月		日							
⑦		年		月		日	から		年		月		日							
⑧		年		月		日	から		年		月		日							
⑨		年		月		日	から		年		月		日							
⑩		年		月		日	から		年		月		日							
上記のとおり相違ないことを証明します。																				
事業所所在地	東京都千代田区△△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	03xxxxxx																			

被保険者氏名(カタカナ)をご記入ください。

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まれます。
※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。

証明は、申請期間経過後の日付をご記入ください。

・出勤していない日に対して、報酬等を支給した日がある場合には、支給した日と金額をご記入ください。
・出勤していない日に対して支給した報酬等は、有給休暇の賃金、出勤等の有無に関わらず支給している手当(通勤手当・扶養手当・住宅手当等)、食事・住居等の現物支給しているものが該当します。
・残業手当等の出勤した日に対して支給した報酬や、見舞金等の一時的に支給したものの記入は不要です。
※通勤手当等の報酬で、一定期間分を一括して支給する場合には、対象期間と金額をご記入ください。
例：10月1日～3月31日の6か月分通勤手当(90,000円)を出勤等の有無に関わらず支給している場合⇒10月1日～3月31日 90,000円
例：11月1日～11月30日の扶養手当(10,000円)を出勤等の有無に関わらず支給している場合⇒11月1日～11月30日 10,000円
※有給手当は、支給している額が同じで期間が継続している場合は、まとめてご記入ください。半日有給の場合は、対象期間と金額をご記入ください。
例：12月29日、30日に有給8,000円ずつ支給した場合
⇒12月29日～12月30日 16,000円
例：11月12日に半日有給を支給した場合⇒11月12日～11月12日 4,000円

60124

4 4 頁目：療養担当者(医師等)記入用

健康保険 傷病手当金 支給申請書 4 ページ 療養担当者記入用

患者氏名 (カタカナ) キョウカイ タロウ

労務不能と認められた期間 (治療中での労務の労務不能と認められた期間をいいます。) 05 年 10 月 22 日 から 05 年 12 月 31 日まで

傷病名 鎖骨骨折 初診日 (療養の給付の開始年月日) 2 年 05 月 10 日 21 日

疾病または負傷の原因 自宅の庭で梯子から落下して受傷

疾病または負傷の発症日 2 年 05 月 10 日 21 日

労務不能と認められた期間 (労務不能と認められた期間をいいます。) 1 日 1. はい 2. いいえ

上記期間中における (またる症状及び経過) (治療経過、検査結果、療養指導、等) 鎖骨バンドで鎖骨を固定した。骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後もリハビリが必要なため、労務不能と判断した。

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 東京都品川区△△1-1 06 年 01 月 06 日

医療機関の名称 ○○総合病院 医師の氏名 保険 五郎 電話番号 03-XXXXX-XXXX

6 0 1 2 4 1 0 1 全国健康保険協会 協会けんぽ 4 / 4

患者氏名(カタカナ)をご記入ください。

治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間(証明日以前の期間)をご記入ください。ただし、期間のうち、労務不能と認められる期間が一部の場合は、右側の余白に労務不能と認められる日をご記入ください。

左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください。

症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。

チェックリスト

● 申請時期 就労不能であった日ごとにその翌日から2年以内

添付書類チェックリスト	必要な書類	備考
<input type="checkbox"/> 支給開始日以前の12カ月以内で事業所に変更があった場合	以前の各事業所の名称、所在地および各事業所に使用されていた期間がわかる書類	協会けんぽのホームページから入手可能
<input type="checkbox"/> 障害厚生年金を受けている方	〈マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合〉 障害厚生年金給付の年金証書および年金額改定通知書(いずれもコピー可)	
<input type="checkbox"/> 障害手当金の給付を受けている方	〈マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合〉 障害手当金の支給を証明する書類のコピー	年金額が変更になったら、その都度年金額改定通知書が必要
<input type="checkbox"/> 資格喪失後に老齢退職年金の給付を受けている場合	〈マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合〉 老齢退職年金給付の年金証書および年金額改定通知書(いずれもコピー可)	
<input type="checkbox"/> 労災保険から休業補償給付を受けている方	休業補償給付支給決定通知書のコピー	
<input type="checkbox"/> 第三者による傷病の場合	第三者行為による傷病届(P.7参照)	協会けんぽのホームページから入手可能
<input type="checkbox"/> 証明書等が外国語で記載されている場合	翻訳文(翻訳者の署名、住所、および連絡先を記入)	
<input type="checkbox"/> 被保険者本人が死亡したため、法定相続人が申請する場合	戸籍謄本の原本(被保険者と申請者の続柄等を確認できる書類)	