

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

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。

被保険者(申請者)情報	被保険者証	記号(左づめ) <input type="text"/>	番号(左づめ) <input type="text"/>	生年月日 <input type="text"/> 1.昭和 2.平成 3.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>		
	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)	<input type="text"/>	電話番号 (左づめハイフン除く)	<input type="text"/>
	住所	都 道 府 県		

振込先指定口座	振込先指定口座は、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 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	支店名	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所
預金種別	<input type="text"/> 1 普通預金	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/>	

ゆうちょ銀行の口座へお振り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。 >>>

被保険者証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。

MN確認 (被保険者)	<input type="checkbox"/>	1. 記入有 (添付あり) 2. 記入有 (添付なし) 3. 記入無 (添付あり)	
添付書類	職歴	<input type="checkbox"/>	1. 添付 2. 不備
	戸籍 (法定代理)	<input type="checkbox"/>	1. 添付
	年金	<input type="checkbox"/>	1. 添付 2. 不備
	労災	<input type="checkbox"/>	1. 添付 2. 不備
	口座証明	<input type="checkbox"/>	1. 添付
	その他	<input type="checkbox"/>	1. その他 (理由)
<input type="text"/>			枚数 <input type="text"/>

受付日付印

(2022.12)

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 申請期間 (療養のために休んだ期間)	令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 から 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 まで
	② 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)	
	③ 傷病名	<input type="checkbox"/> 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☑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	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	⑤-1 傷病の原因	<input type="checkbox"/> 1. 仕事以外(業務外)での傷病 2. 仕事(業務上)での傷病 3. 通勤途中での傷病 } → ⑤-2へ
	⑤-2 労働災害、通勤災害の認定を受けていますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. 請求中(<input type="text"/> 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。	<input type="checkbox"/> 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。	

確認事項	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。	<input type="checkbox"/> 1. はい → ①-2へ 2. いいえ
	①-2 ①-1を「はい」と答えた場合、受けた報酬は事業主証明欄に記入されている内容のとおりですか。	<input type="checkbox"/> 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」を受給している場合は、傷病手当金の額を調整します	<input type="checkbox"/> 1. はい → ②-3へ 2. いいえ 「1. はい」の場合
	②-2 老齢年金等について ※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。(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)	<input type="checkbox"/> 1. はい → ②-3へ 2. いいえ 「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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年金コード <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 年金額 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円(右づめ)
③ 労災補償 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。	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. 請求中(<input type="text"/> 労働基準監督署) 3. いいえ 「1. はい」の場合 「2. 請求中」	

「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。

「事業主記入用」は3ページ目に続きます。 >>>

6 0 1 2 1 1 0 1

健康保険 傷病手当金 支給申請書

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 (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。												
	労務不能と認められた期間 (勤務先での従前の労務に服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)		<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								
	発病または負傷の原因												
発病または負傷の年月日	<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											
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。	<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													

6 0 1 4 1 1 0 1