

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

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 年 月 日 から 令和 年 月 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	☐ 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	☐ 1.平成 年 月 日 ☐ 2.令和 年 月 日
	⑤-1 傷病の原因	☐ 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。	☐ 1. はい 2. 請求中(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。	☐ 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。	☐ 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。	☐ 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」を受給していますか。(同一の傷病で障害年金等を受給している場合は、傷病手当金の額を調整します)	☐ 1. はい ➡ ②-3へ 2. いいえ
	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)	☐ 1. はい ➡ ②-3へ 2. いいえ
	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 - 年金コード 支給開始年月日 ☐ 1.平成 年 月 日 2.令和 年 月 日 年金額 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。	☐ 1. はい 2. 請求中(労働基準監督署) 3. いいえ

「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

事業主記入用

労務に服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)

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

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

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

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・住居等現物支給しているもの等

例

令和

0

5

年

0

2

月

0

1

日

から

0

5

年

0

2

月

2

8

日

3

0

0

0

0

0

円

①

令和

年

月

日

から

年

月

日

円

②

令和

年

月

日

から

年

月

日

円

③

令和

年

月

日

から

年

月

日

円

④

令和

年

月

日

から

年

月

日

円

⑤

令和

年

月

日

から

年

月

日

円

⑥

令和

年

月

日

から

年

月

日

円

⑦

令和

年

月

日

から

年

月

日

円

⑧

令和

年

月

日

から

年

月

日

円

⑨

令和

年

月

日

から

年

月

日

円

⑩

令和

年

月

日

から

年

月

日

円

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地

令和

年

月

日

事業所名称

事業主氏名

電話番号

6 0 1 3 1 1 0 1

「療養担当者記入用」は4ページ目に続きます。>>>

