

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書 記入の手引き

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。

申請書は4ページです。漏れなく正確にご記入ください。

## 申請者情報、申請内容

被保険者ご自身をご記入ください。  
被保険者が亡くなられている場合は、相続人の方が申請者としてご記入ください。

1/4ページ

2/4ページ

3/4ページ

4/4ページ

## 事業主証明

事業主に記入を  
依頼してください。

## 療養担当者の意見書

担当医師に記入を  
依頼してください。

添付書類(※1)をご用意ください。(コピーと指定していないものは原本が必要です。)

■支給開始日以前の12か月以内で事業所に変更があった方	●以前の事業所の名称、所在地及び事業所に使用されていた期間がわかる書類(※3)
■障害厚生年金の給付を受けている方	●年金給付額等がわかる書類(以下のすべての書類が必要です) (マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合に提出が必要です。)(※4) ・障害厚生年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類のコピー ・障害厚生年金の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)のコピー
■障害手当金の給付を受けている方	●年金給付額等がわかる書類 (マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合に提出が必要です。)(※4) ・障害手当金の支給を証明する書類のコピー
■老齢退職年金の給付を受けている方 (申請期間が資格喪失後の場合)	●年金給付額等がわかる書類(以下のすべての書類が必要です) (マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合に提出が必要です。)(※4) ・老齢退職年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類のコピー ・老齢退職年金の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)のコピー
■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
■傷病の原因が第三者の行為(交通事故やけんか等)によるものである場合	●第三者行為による傷病届(※3)
■被保険者が亡くなられ、相続人が請求する場合	●被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等

※1) 給付金の支給決定後は、ご提出いただいた書類の返却はできません。

※2) 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。  
(翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください。)

※3) 協会けんぽのホームページから印刷できます。(印刷環境がない場合は、協会けんぽ都道府県支部までご連絡ください。)

※4) マイナンバーを利用した情報照会を希望する場合でも、協会けんぽがマイナンバーを未収録である場合や、照会の結果、情報を取得できない場合は、添付書類の提出が必要になる場合があります。

次ページに記入例があります。➔

## ご提出・お問い合わせ先

被保険者証に記載されている協会けんぽ都道府県支部に郵便でご送付ください。(窓口でも受け付けます。)

\*各支部の所在地・電話番号などは、協会けんぽのホームページをご覧ください。



協会けんぽ

検索

- ・申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。記入見本 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | ア | イ | ウ
- ・生年月日、日付が一桁の場合は、左のマスで0で埋めてください。
- ・訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消して、正しい内容をご記入ください。

**1** 被保険者証に記載されている記号と番号をご記入ください。  
 ※枝番は記入不要です。  
 ※退職後の申請の場合は、在職時の記号と番号をご記入ください。



**2** 被保険者の生年月日をご記入ください。

**3** 被保険者の氏名と氏名(カタカナ)をご記入ください。なお、被保険者の氏名(カタカナ)は、振込手続き時に使用します。

被保険者が亡くなられて、相続の方が申請される場合は、申請される方の氏名と氏名(カタカナ)をご記入ください。(住所も同様です。)

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者証記入用

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、給付金を受けるときにご使用ください。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。

被保険者証	記号(左つめ)	番号(左つめ)	生年月日
	2 1 7 0 0 0 2 3	2 1	1 6 1 0 1 2
氏名(カタカナ)	キョウカイ タロウ		
氏名	協会 太郎		
郵便番号(ハイフン除く)	1 0 5 0 0 0 0	電話番号(左つめハイフン除く)	0 9 0 X X X X X X X X X
住所	東京 港区 1-1 府県 △△マンション101		
金融機関名称	〇〇〇〇	支店名	〇〇〇〇
預金種別	1 普通預金	口座番号(左つめ)	1 2 3 4 5 6 7

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。

ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合は、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。 >>>

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(即付あり) 2. 記入有(即付なし) 3. 記入無(即付あり)
添付書類	職歴 <input type="checkbox"/> 1. 添付 2. 不備 年齢 <input type="checkbox"/> 1. 添付 2. 不備 戸籍(法定代理) <input type="checkbox"/> 1. 添付 口座証明 <input type="checkbox"/> 1. 添付 その他 <input type="checkbox"/> 1. その他(理由)	振込回数 <input type="checkbox"/> 1. 添付 2. 不備 枚数 <input type="text"/>

協会使用欄は記入不要です。

6 0 1 1 1 1 0 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

1 / 4

**4** 被保険者(申請者)名義の口座情報をご記入ください。  
 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)・口座番号をご記入ください。

金融機関名称	ゆうちょ	支店名	二三八
預金種別	1 普通預金	口座番号(左つめ)	1 2 3 4 5 6 7

**5** 被保険者のマイナンバーは、被保険者証の記号と番号が不明の場合のみご記入ください。なお、被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です(※1)。本人確認書類貼付台紙(※2)に、⑦①の両方を貼付のうえ、申請書に添付してください。

- ⑦ 身元確認を行うための書類(いずれか1点)
  - ・被保険者の個人番号カード(表面)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー
- ① 番号確認を行うための書類(いずれか1点)
  - ・被保険者の個人番号カード(裏面)のコピー、被保険者の個人番号が記載された住民票か住民票記載事項証明書

(※1) 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。  
 (※2) 協会けんぽのホームページでダウンロードすることができます。

被保険者氏名 協会 太郎

① 申請期間 (療養のために休んだ期間)	6	令和 04 年 11 月 14 日 から 令和 04 年 12 月 31 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)	7	経理担当事務
③ 傷病名	8	<input checked="" 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、左記に記入してください。 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		2. 平成 04 年 11 月 13 日
⑤-1 傷病の原因	9	1. 1. 仕事以外(業務外)での傷病 2. 2. 仕事(業務上)での傷病 3. 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(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。		2. 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。
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. 1. はい → ①-2へ 2. 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. 1. はい 2. 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)		2. 1. はい → ②-3へ 2. 2. いいえ 「1. はい」の場合
②-2 老齢年金等について ※遺族年金による遺族厚生年金の請求期間について、傷病手当金を申請する場合は記入ください。 老齢または遺族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)		2. 1. はい → ②-3へ 2. 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。		
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。	10	3. 1. はい 2. 2. 請求中(労働基準監督署) 3. 3. いいえ 「1. はい」の場合

6 0 1 2 1 1 0 1

「事業主記入用」は3ページ目に続きます。>>>

「健康保険からの給付が行われる場合」  
労災保険給付の対象とならない場合は、健康保険の給付対象となります。

■労災保険からの給付が原則  
「健康保険からの給付が行われる場合」  
労災保険給付の対象とならない場合は、健康保険の給付対象となります。

■健康保険からの給付が行われる場合  
「健康保険からの給付が行われる場合」  
労災保険給付の対象とならない場合は、健康保険の給付対象となります。

ただし、被保険者が法人の役員の場合については、健康保険の給付対象とならない場合がありますので、都道府県支部にご相談ください。

6 傷病のため労務に服することができなかった期間をご記入ください。  
この申請書は、申請期間が経過する前に提出することはできません。  
(申請期間が経過した後にご提出ください。)

7 お仕事の内容は、「経理担当事務」「自動車組立」「プログラマー」など具体的にご記入ください。  
法人の役員である場合は、「法人役員」とご記入ください。  
(退職後の申請の場合は、在職時のお仕事の内容をご記入ください。)

8 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。

9 仕事(業務上)、通勤途中の原因による病気やケガについては、原則労災保険給付の対象となります。  
・労災保険給付を「3.未請求」の場合は、労災保険給付にご請求ください。  
・労災保険給付に該当するかどうかわからない場合は、労働基準監督署にご相談ください。  
・法人の役員であって、「健康保険からの給付が行われる場合」に該当する場合は、「負傷原因届」を添付してください。  
・労災保険給付の請求と並行して傷病手当金を請求する場合は、⑤-2で「2.請求中」を選択してください。  
・労災保険給付の支給が決定された後、給付内容が重複した場合は、健康保険により給付した全額または一部をご返納いただきます。

10 傷病手当金の申請期間において、別の原因で労災保険から休業補償給付を受けている(受ける)場合は、傷病手当金は支給されません。  
ただし、休業補償給付の日額が傷病手当金の日額より低い場合は、差額が支給されます。  
この申請の場合は、「休業補償給付支給決定通知書」のコピーを添付してください。

## 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賃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																					
性別	0	4	年	1	1	月	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	
	0	4	年	1	2	月	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○)で働いた日以外の日(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、出勤等の有無にかか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・住居等物支給しているもの等			年			月	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	
			年			月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
別	0	5	円	0	2	円	0	1	円	0	5	円	0	2	円	2	8	円	3	0	0	0
①	0	4	年	1	0	月	0	1	日	0	5	円	0	3	円	3	1	円				
②	0	4	年	1	1	月	0	1	日	0	4	円	1	1	円	3	0	円				
③	0	4	年	1	1	月	1	4	日	0	4	円	1	1	円	1	4	円				
④	0	4	年	1	2	月	2	6	日	0	4	円	1	2	円	2	6	円				
⑤	0	4	年	1	2	月	2	9	日	0	4	円	1	2	円	3	0	円				
⑥			年			月			日			円										
⑦			年			月			日			円										
⑧			年			月			日			円										
⑨			年			月			日			円										
⑩			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	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	03-XXXX-XXXX																					

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。▶▶▶

全国健康保険協会  
協会けんぽ

3 / 4

### 【事業主の方へ】

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、賃金支給状況等をご記入ください。

**11** 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みます。  
※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。

**13** 証明は、申請期間経過後の日付をご記入ください。

注1) 申請時の事務効率化のため、出勤簿や賃金台帳の写し等の書類は、添付しないでください。  
注2) 1枚の証明で勤務状況や賃金支給状況を記載できない場合は、事業主証明のみ複数枚ご記入ください。  
注3) 訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消して、正しい内容をご記入ください。

**12**

- ・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14日に半日有給を支給した場合⇒11月14日～11月14日 4,000円

【被保険者の方へ】療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

1 2 3 4 ページ

## 健康保険 傷病手当金 支給申請書

療養担当者記入用

患者氏名 (カタカナ)	キョウカイ タロウ									
<b>14</b> 労務不能と認められた期間 (勤務先での従前の労務に就することができない期間をいいます。)	令和 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">04</span> 年 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">11</span> 月 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">14</span> 日 から 令和 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">04</span> 年 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">12</span> 月 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">31</span> 日 まで									
<b>15</b> 傷病名 (労務不能と認められた傷病をご記入ください)	鎖骨骨折	初診日 療養の給付の開始 (年月日)	2 1.平成 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">04</span> 年 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">11</span> 月 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">13</span> 日 2.令和							
発病または負傷の原因	自宅の庭で梯子から落下して受傷									
発病または負傷の年月日	2 1.平成 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">04</span> 年 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">11</span> 月 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">13</span> 日 2.令和									
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。	1 1. はい 2. いいえ									
<b>16</b> 療養担当者が意見を記入するところ 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	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 <span style="float: right;">令和 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">05</span> 年 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">01</span> 月 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">06</span> 日</span>									
医療機関の名称	〇〇総合病院									
医師の氏名	保険 五郎									
電話番号	03-XXXX-XXXX									

6 0 1 4 1 1 0 1

4 / 4

**【療養担当者の方へ】**

**14** 治療期間ではなく、療養のため就労できなかったと認められる期間の始期と終期をご記入ください。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。

**15** 労務不能と認められる傷病名をご記入ください。

**16** 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。

注1) 訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消して、正しい内容をご記入ください。  
 注2) 病院を転院した場合は、それぞれの病院で療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

# 傷病手当金の支給要件等

## 支給を受ける条件

被保険者が病気やケガ(負傷)の療養のため仕事を休み、給与を受けられないなど、次の条件を満たした場合は、傷病手当金が支給されます。

### 1 業務外の事由による病気やケガのため療養中であること

### 2 仕事につけないこと(労務不能)

労務不能の判定は、療養担当者(医師等)の意見を基に被保険者の従事する業務の種別を考慮し、本来の業務に耐えられるか否かを基準として行います。

### 3 3日間連続して仕事を休み、4日目以降にも休んだ日があること

3日間連続して休んだことを『待期完成』と言います。  
なお、待期完成に要した3日間に対しては傷病手当金は支給されません。

【待期完成の考え方】 ※凡例 休:無給休暇 有:有給休暇 公:土日祝等の会社で定められた休暇 出:出勤

例1) 3日間連続して仕事を休んだ場合 ⇒ ○:待期完成



例2) 3日間連続して仕事を休んでいない場合 ⇒ ×:待期未完成



例3) 出勤を挟み、その後3日間連続して仕事を休んだ場合 ⇒ ○:待期完成



例4) 公休日・有休日を含んで3日間連続して仕事を休んだ場合 ⇒ ○:待期完成



注)勤務時間中に業務外の事由による傷病のため仕事につけなくなり、その後の仕事を休んだ場合は、その日を含め3日間連続して休むと待期が完成します。

### 4 給与(報酬)の支払いがないこと

休んだ期間についての給与の支払いがあってもその給与の日額が、傷病手当金の日額より少ない場合は、その差額が支給されます。

＜被保険者資格喪失後に継続して傷病手当金を受ける場合＞

被保険者の資格を喪失した場合でも、次の①・②に該当した場合は引き続き支給を受けることができます。

①資格喪失日の前日(退職日等)までに被保険者期間が継続して一年以上(任意継続被保険者期間は除く)あること

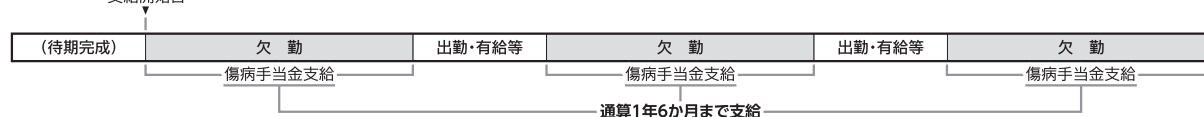
②資格喪失日の前日(退職日等)に傷病手当金の支給を受けているか、または受けられる状態(上記支給を受ける条件1～3を満たしている)にあること

## 支給期間と支給額

### 1 支給期間

傷病手当金は支給が始まった日(支給開始日)から支給期間(実際に支給された期間)を通算して1年6か月の期間を限度として、支給されます。支給開始日は、実際に傷病手当金の支給が開始された日となります。ただし、支給開始日が令和2年7月1日以前のものについては、支給開始日から1年6か月までの期間で支給を受ける条件を満たしている日に

ついて支給されます。



### 2 支給額

1日当たりの金額:【支給開始日以前12か月間の各標準報酬月額を平均した額】(※)÷30日×(2/3)

(支給開始日とは、一番最初に傷病手当金が支給された日のことです。)

(※)支給開始日以前の期間が12か月に満たない場合は、②と④を比べて少ない方の額を使用して計算します。

②支給開始日の属する月以前の継続した各月の標準報酬月額の平均額

④当該年度の前年度9月30日における全被保険者の同月の標準報酬月額を平均した額(支給開始日が平成31年4月1日以降の場合、30万円)

### 3 傷病手当金の調整

①～⑤にあてはまる場合、傷病手当金の支給額の一部または全部が調整されます。

#### ① 給与の支払いがあった場合

休んだ期間について、給与の支払いがある場合、傷病手当金は支給されません。ただし、休んだ期間についての給与の支払いがあってもその給与の日額が、傷病手当金の日額より少ない場合、傷病手当金と給与の差額が支給されます。

#### ② 障害厚生年金または障害手当金を受けている場合

同一の傷病等による厚生年金保険の障害厚生年金または障害手当金を受けている場合、傷病手当金は支給されません。ただし、障害厚生年金の額(同一支給事由の障害基礎年金が支給されるときはその合算額)の360分の1が傷病手当金の日額より少ない場合は、その差額が支給されます。また、障害手当金の場合は、傷病手当金の額の合計額が障害手当金の額に達することとなる日までの間、傷病手当金は支給されません。

#### ③ 高齢退職年金を受けている場合

資格喪失後に傷病手当金の継続給付を受けている方が、高齢退職年金を受けている場合、傷病手当金は支給されません。ただし、高齢退職年金の額の360分の1が傷病手当金の日額より少ない場合は、その差額が支給されます。

#### ④ 労災保険から休業補償給付を受けている場合

業務外の理由による病気やけがのために労務不能となった場合でも、別の原因で労災保険から休業補償給付を受けている期間中は、傷病手当金は支給されません。ただし、休業補償給付の日額が傷病手当金の日額より少ないときは、その差額が支給されます。

#### ⑤ 出産手当金を同時に受けられるとき

傷病手当金の額が出産手当金の額よりも多ければ、その差額を支給することになります。

☞なお、傷病手当金を受け取った後に、①～④に該当している事が判明した場合は、傷病手当金をお返しいただくことになります。

## 申請期限

健康保険給付を受ける権利は、受けることができるようになった日の翌日(消滅時効の起算日)から2年で時効になります。

傷病手当金の消滅時効の起算日は、労務不能であった日ごとにその翌日となります。