

記入漏れや記入不備を減らすための 傷病手当金申請書の記入のポイント

1ページ目：被保険者記入欄

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

被保険者証

記号(左づめ) 21700023 1 01 05 10

氏名(カタカナ) キョウウカイ タロウ

氏名 協会 太郎

郵便番号(ハイフン除く) 3100000 電話番号(左づめハイフン除く) 029XXXXXX

住所 茨城 水戸市〇〇1-1△△マンション101

振込先指定口座

金融機関名称 ○ ○ 支店名 × ×

預金種別 1 普通預金 口座番号(左づめ) 1234567

被保険者証の記号番号を記入いただいた場合、マイナンバーの記入は不要です。

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)	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	1. 添付 2. 不審	年金	1. 添付 2. 不審	労災	1. 添付 2. 不審
	戸籍(法定代理)	1. 添付	口座証明	1. 添付	その他	1. 不審 (理由)
6 0 1 1 1 1 0 1						

受付日付印 (2022.12)

1 / 4

【被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合】

被保険者情報欄の氏名には、申請される方の氏名を記入してください。（住所・振込口座も同様です。）

※生年月日欄は「被保険者」の生年月日を記入してください。

※被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等（相続人であることを確認できる書類）の添付が必要です。

（申請できる方は相続順位が一番高い方になります）



※退職後の申請の場合は、在職期間中の記号番号を記入してください。（支給決定通知書の上部に記載ある()内の数字が（記号-番号）です。）

！記入不備注意

ゆうちょ銀行をご指定の場合は、振込用の漢数字3桁（〇六八など）で記入してください。

！記入不備注意

支店、出張所、などの選択間違いが見受けられますので、正確にご記入ください。

！記入不備注意

口座番号は、必ず上記被保険者（申請者）氏名と同じ名義の口座番号をご記入ください。

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

被保険者証の記号番号を記入いただいた場合、マイナンバーの記入は不要です。

※マイナンバーを記入いただいた場合、身元確認を行うための書類と番号確認を行うための書類の添付が必要です。これらの添付がない場合は、申請書をお返しすることになりますので、ご注意ください。

2ページ目：被保険者記入欄

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	協会 太郎
記入漏れ注意 被保険者氏名を記入	
① 申請期間 (療養のために休んだ期間)	令和 04 年 04 月 22 日 から 令和 04 年 05 月 12 日 まで
② 被保険者の仕事の内容 (送医後の申請の場合は、送医前の仕事の内容)	営業職
③ 傷病名	<input checked="" type="checkbox"/> 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. 令和 04 年 04 月 22 日
⑤ ⑤-1 傷病の原因	1. 仕事場以外(職場外)での傷病 2. 仕事中(業務上)での傷病 3. 通勤途中での傷病
⑤-2 労働災害、運動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 傷病の原因是第三者の行為(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。	
①-1 申請期間(療養のために休んだ期間)に賃料を受けましたか。	1. はい ➡ ①-2へ 2. いいえ
①-2 ①-1 が「はい」と答えた場合、受けた報酬は事業主明確に記入されている内容とありますか。	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 今後傷病手当金を申請するものと同一の傷病で「障害年金」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 老齢年金について 送医時に老齢年金の受給権利が喪失した場合について、該当する場合は、該当する年金の受給権利を喪失する旨を記入してください。老齢または障害を有する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。	1. はい ➡ ②-3へ 2. いいえ
③ 今回の傷病手当金を申請する期間において、労災保険により、労災保険から休業補償給付を受給していましたか。	1. はい 2. 請求中() 労働基準監督署 3. いいえ

! 記入不備注意

申請期間に未経過期間分（未 来日）の申請はできません。

! 記入漏れ注意

記入漏れが多い箇所です。
必ず仕事内容をご記入ください。

! 記入漏れ注意

傷病名に毎回レ点を入れてください。

! 記入漏れ注意

①～③は、
非常に記入漏れが多い箇所となっております。1か所でも記入漏れがあると、返却となりますので、ご注意ください。

! 記入漏れ注意

記入必須項目です。

障害年金、障害手当金、老齢年金について、支給を受けていないても、ご記入が必要となるので、その場合は必ず、「2」とご記入ください。

確認事項

[②-1] 又は [②-2] で「1」と答えた場合は必ずご記入ください。

確認事項 [②-1] [②-2] [③] について
「1. はい」の場合、下記の書類の添付がそれ
ぞれ必要となります。

! 添付不備注意

障害厚生年金を受けている方

- ・障害厚生年金の年金証書のコピー
- ・障害厚生年金の年金給付額・支給開始日を証明する書類および直近の年金額（年額）を証明する書類のコピー

老齢退職年金を受けている方 (申請期間が資格喪失後の場合)

- ・老齢退職年金の年金証書のコピー
- ・老齢退職年金の年金給付額・支給開始日を証明する書類および直近の年金額（年額）を証明する書類のコピー

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

3ページ目:事業主記入用

『賃金台帳や出勤簿のコピー』の添付は必要ありません。
証明欄の内容で審査を行いますので、記入漏れ・不備がないかを確認のうえ、証明してください。

例: 4月22日から5月12日までの申請期間 (給与の締日15の場合)

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) キヨウカイ タロウ

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記入ください。

今月	04	年	04	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
今月	04	年	05	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
今月		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⑩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。
※有給休暇の場合は賃金、出勤等の有無に関わらず支給している手当(傷病手当・住宅手当等)、実費・住居等報酬を支給しているもの等

例 05 年 02 月 01 日 05 年 02 月 28 日 300000 円

① 今月	4	年	4	月	16	日	かも	4	年	5	月	15	日	① 20000	円
② 今月	4	年	1	月	16	日	かも	4	年	7	月	15	日	② 120000	円
③ 今月	4	年	5	月	02	日	かも	4	年	5	月	02	日	③ 8000	円
④ 今月	4	年	5	月	06	日	かも	4	年	5	月	06	日	③ 8000	円
⑤ 今月		年		月		日	かも		年		月		日		円
⑥ 今月		年		月		日	かも		年		月		日		円
⑦ 今月		年		月		日	かも		年		月		日		円
⑧ 今月		年		月		日	かも		年		月		日		円
⑨ 今月		年		月		日	かも		年		月		日		円
⑩ 今月		年		月		日	かも		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 茨城県水戸市〇〇△-△-△

事業所名称 ○〇株式会社

事業主氏名 健保 三郎

電話番号 029 XXXXXXXX

6 0 1 3 1 1 0 1

「審査担当者記入用」は4ページ目に続きます。>>>

! 記入漏れ注意

被保険者氏名を記入。

! 記入漏れ注意

- 2ページ目の申請期間のうち、出勤した日付を○で囲んでください。
- 「年月」を必ずご記入ください。

例)

- ①住宅手当20,000円を出勤等の有無に関わらず支給している。
- ②6か月定期代として、120,000円支給している。
- ③5/2, 5/6を有休消化

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は、支給した日(もしくは賃金計算期間)と金額をご記入下さい。

※総支給額ではなく、支給された基本給、手当等をご記入ください。

! 記入漏れ注意

事業主証明日は、申請期間以降の日付を記入していただき、申請期間以降に提出してください。

4ページ目: 療養担当者記入用

1 2 3 4 ページ

療養担当者記入用

健康保険 傷病手当金 支給申請書

患者氏名 (カタカナ)	キヨウカイ タロウ									
労務不能と認めた期間 (勤務までの従前の労務に就くことができない期間を記入します。)	令和 04	年	04	月	22	日	から			
	令和 04	年	05	月	12	日	まで			
傷病名 (労務不能と認めた傷病をご記入ください)	鎖骨骨折									
発病または負傷の原因	左肩部強打									
発病または負傷の年月日	2	1. 平成 2. 令和	04	年	04	月	22	日		
労務不能と認めた期間に診療した日がありましたか。	1	1. はい 2. いいえ								
上記期間中ににおける「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療費指導」等	<p>鎖骨を骨折し、4/22初診。 鎖骨バンドで鎖骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要であったため、労務不能と判断した。</p>									
上記のとおり相違ないことを証明します。	○4 05 22									
医療機関の所在地	茨城県水戸市〇〇△-△-△									
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										

! 記入漏れ注意

患者氏名・初診日 の記入漏れにご注意ください。

! 記入漏れ・不備注意

治療期間ではなく、**療養のため就労できなかつたと認められる期間**を記入いただけます。

! 記入漏れ・不備注意

療養担当者による証明日は、**労務不能と認めた期間の最終日以降の日付**を記入してください。

6 0 1 4 1 1 0 1

全国健康保険協会
協会けんぽ

4 / 4