

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 **傷**

被保険者記入用

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。

被保険者証 記号(左詰め)	2 1 7 0 0 0 2 3	番号(左詰め)	1	生年月日	2	0 1	0 5	1 0
氏名 (カタカナ)	ギョウカイ タロウ							
氏名	協会 太郎							
郵便番号 (ハイフン除く)	3 1 0 0 0 0 0			電話番号 (左詰めハイフン除く)	0 2 9 × × × × × × ×			
住所	茨城 水戸市〇〇1-1△△マンション101							

健康保険 本人(被保険者) 00487
被保険者証 令和 2年 4月 10日 交付 (株番) 00
記号 21700023 番号 1
氏名 ギョウカイ タロウ
性別 男
生年月日 平成 元年 5月 10日
資格取得年月日 令和 2年 4月 1日
事業所名称 株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇〇
保険者番号 9 9 9 9 9 9 9 9
保険者名称 全国健康保険協会 〇〇支部
保険者所在地 〇〇市〇〇町 9-9 9-9

※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。

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	〇 〇	支店名	× ×
預金種別	1 普通預金	口座番号(左詰め)	1 2 3 4 5 6 7

ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字も、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。

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
提出代行署名記入欄

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)	☐	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. 不備 戸籍 (法定代理) ☐ 1. 添付 年金 ☐ 1. 添付 2. 不備 労災 ☐ 1. 添付 2. 不備 口座証明 ☐ 1. 添付 その他 ☐ 1. その他 (理由) 枚数	

6 0 1 1 1 1 0 1

受付日付印

(2022.12)

全国健康保険協会
協会けんぽ

1 / 4

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。

【被保険者が亡くなり、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(相続人であることの確認できる書類)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)

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

健康保険被保険者記入用

！記入漏れ注意

保険証記載とおりの
被保険者氏名を記入

！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
なくても、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
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。

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)	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 (退職後の申請の場合は、退職前の仕事の内容)	営業職	
③ 傷病名	☒	
④ 発病・負傷年月日	2. 平成 04 年 04 月 22 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 労務災害、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	
⑦-1 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 2. いいえ	
⑦-2 ⑦-1で「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	
⑧-1 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. いいえ	
⑧-2 老齢年金等について 労務災害による健康保険資格の喪失後の期間について、傷病手当金を受給する場合には記入ください 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. いいえ	
⑧-3 ⑧-1または⑧-2で「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 年金額	
⑨ 労務補償 今回の傷病手当金を申請する期間において、労務補償により、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	

！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記入ください。

被保険者氏名 (カタカナ) キョウカイ タロウ

氏名の第1マスを明けてご記入ください(「姓」)。第2マスを明けてご記入ください(「名」)。

勤務状況 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」については出勤の有無に関わらずご記入ください)。

年	04	月	04	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
年	04	月	05	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
年		月		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

「年月」を必ずご記入ください。

2ページ目の申請期間のうち、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)、失業・休職等期間中に支給しているもの等)

例	05	02	01	05	02	28	3000000
①	04	04	16	04	05	15	①20000
②	04	01	16	04	07	15	②120000
③	04	05	02	04	05	02	③8000
④	04	05	06	04	05	06	④8000

2ページ目の申請期間に対して報酬等を支給した日がない場合は、
記入不要です。
(報酬欄は、空白で提出)

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業主所在地 茨城県水戸市〇〇△-△-△
事業主名称 〇〇株式会社
事業主氏名 健保 三郎
電話番号 029 ×××××××

4 5 25

！ 記入漏れ注意

保険証記載とおりの
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。

・2ページ目の申請期間の初日が
早退の場合は、「早」と記入ください。

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。

6 0 1 3 1 1 0 1

「事業主証明日」は4ページ目に載ります。 >>>

4ページ目：療養担当者記入用

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 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 (勤務先での出勤の付属に属することができない期間をいいます。)	04 04 22 04 05 12											
傷病名 (労務不能と認められた期間に該当する日がある場合)	鎖骨骨折						初診日 (療養の給付の開始 年月日) 2 04 04 22					
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 04 04 22											
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 はい いいえ											
療養期間中に受ける「主たる症状及び経過」「治療内容・療養結果・療養指導」等	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。											
上記のとおり相違ないことを証明します。	04 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ったと認められる期間を記入いただいでください。

! 記入漏れ・不備注意

療養担当者による証明日は、労務不能と認められた期間の最終日以降の日付を記入いただいでください。

6 0 1 4 1 1 0 1

△申請書は複製禁止です。

申請書はダウンロードまたは協会けんぽが郵送したものをお使いください。

スムーズにお支払いさせていただくために、ご協力をお願いいたします。