

# 1. 申請内容の不備 (1/2)

1 2 3 4 ページ

## 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

---

① 申請期間 (療養のために休んだ期間)	令和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日 から	令和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日 まで	
② 被保険者の仕事の内容 <small>(退職後の申請の場合は、退職前の仕事の内容)</small>			
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。 <small>傷病名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付けてください。</small>		
④ 発病・負傷年月日	1.平成 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日 2.令和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" 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 <input type="checkbox"/> 2. 仕事(業務上)での傷病 <input type="checkbox"/> 3. 通勤途中での傷病		
⑤-2 労災災害、通勤災害の認定を受けていますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中(労働基準監督署) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2. いいえ <small>「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。</small>		

---

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 → ②-2へ <input type="checkbox"/> 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とおおひですか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 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 <small>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を受給している場合は、傷病手当金の額を調整します)</small>	<input type="checkbox"/> 1. はい → ②-3へ <input type="checkbox"/> 2. いいえ	「1. はい」の場合 →
②-2 老齢年金等について <small>※高齢者による健康保険料の免除の適用について、傷病手当金を申請する場合は記入ください。老齢または若年層を事由とする公的年金を受給していますか。(同一の傷病で老齢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)</small>	<input type="checkbox"/> 1. はい → ②-3へ <input type="checkbox"/> 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。	障害年金 番号 <input style="width: 40px;" type="text"/> - <input style="width: 40px;" type="text"/> 年金コード <input style="width: 40px;" type="text"/> 支給開始 年月日 令和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日 年金額 <input style="width: 40px;" type="text"/> 円(千円)	
③ 労災補償 <small>今回の傷病手当金を申請する期間において、労災補償(労災保険から休業補償給付)を受給していますか。</small>	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中(労働基準監督署) <input type="checkbox"/> 3. いいえ	「1. はい」の場合 →

「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

全国健康保険協会 協会けんぽ

2 / 4

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

**事例 1. 申請期間の記入漏れ**

申請期間の始期と終期は必ずご記入ください。

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)

**事例 2. 仕事の内容の記入漏れ**

被保険者の仕事の内容は、申請の都度、記入が必要です。

「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

