

# 傷病手当金支給申請書の記入の注意点



記入漏れの場合、申請書をお返しすることがあります。記入漏れのないよう、ご作成をお願いします。

## 1ページ目:本人記入欄

申請書を記入する際には、黒ボールペン等の消えないもので記入してください。誤記入がある場合には、修正液等は使用せず、申請書1ページ目の氏名横に押印した印鑑で訂正印を押印のうえ訂正してください。

健康保険 傷病手当金 支給申請書(第 回) **被保険者記入用** **傷**

記入方法および添付書類等については、「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。  
申請書は、楷書で特内に丁寧に記入ください。 記入見本 0123456789アイウ

被保険者証の (左づめ) 記号 21700023	番号 21	生年月日 年 月 日 1.昭和 2.平成 3.令和 010510
氏名・印 (フリガナ) 協会 太郎		自署の場合は押印を省略できます。
住所 〒 2400000 神奈川県 横浜市 区 電話番号 (日中の連絡先) TEL 045XXXXXX		
金融機関 名称 ゆうちょ	口座番号 2345678	支店名 二三八
預金種別 1. 普通 2. 当座 3. 別貯 4. 通知	口座名義 キョウカイ タロウ	口座名義の区分 1. 被保険者 2. 代理人
受取代理人の欄 被保険者 氏名・印 代理人 (口座名義人) 住所 氏名・印		
被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です) マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。		

被保険者のマイナンバー記載欄  
(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)  
マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄  
様式番号 協会使用欄

601160 1

【被保険者記入用】は2ページに続きます



記号番号は保険証に記載の記号番号を正確に記入してください。  
(退職等して資格喪失されている方につきましては、資格喪失前の記号番号を記入してください。)

> 支給決定通知書上部 ( ) 内の数字が(記号-番号)です。

振込先指定口座は漏れなく記入して下さい。  
特に預金種別、口座名義区分の記入漏れが多くなっております。

ゆうちょ銀行をご指定の場合、支店名は漢数字三ケタ(二三八など)で記入してください。  
〇〇郵便局などの地名を記入の場合は不備となり、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(申請者)と異なる方が受取代理人となる場合は、受取代理人の欄につきましても記入してください。  
(被保険者名と代理人名のそれぞれ<sup>の</sup>署名押印が必要です。)  
※法人名ではなく、個人の氏名の記入が必要です。



マイナンバーをご記入いただいた場合は、番号を確認する書類と身元を確認する書類の添付が必要です。これらの書類の添付がされていない場合は、申請書をお返しすることとなりますので、ご注意ください。

### 【被保険者が死亡して相続人が申請する場合】

被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、被保険者情報の氏名には、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。

※ 相続人の請求の場合、被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等の添付が必要となります。

★ 申請ができるのは、相続順位が一番高い方になります。

# 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 **協会 太郎**

申請内容	1) 傷病名 1つの記入欄に複数の傷病名を記入しないでください。	2) 初診日
	1) 鎖骨骨折	1. 平成 3 1 0 4 2 2 2. 令和
3) 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	2. ケガ (発病時の状況) 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。	
4) 療養のため休んだ期間(申請期間)	1. 平成 3 1 0 4 2 2 2. 令和 0 1 0 5 1 2	日数 21 日 月 日
5) あなたの仕事の内容(具体的に)(退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)	経理担当事務	
確認事項	1) 上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	2. はい 2. いいえ
	1-1 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の対象となった(なる)期間をご記入ください。	1. 平成 年 月 日 から 報酬額 2. 令和 年 月 日 まで
	2) 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。	3. はい 3. 請求中 3. いいえ
	2-1 「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった(なる)傷病名及び基礎年金番号等をご記入ください。	傷病名 基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 年金額
3) (健康保険の資格を喪失した方はご記入ください) 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。	1. はい 3. いいえ 2. 請求中	「はいの場合」
3-1 「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。	傷病名 基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 年金額	
4) 労災保険から休業補償給付を受けていますか。(又は、過去に受けたことがありますか。)	1. はい 2. 労災請求中 3. いいえ	「はいの場合」
4-1 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。	労働基準監督署	

**傷病名欄・初診日欄**は2回目以降の申請の際にも**必ず記入**してください。  
 ➤ 記入に当たりましては、医師証明欄を確認のうえ、記入してください。

**未来日の申請はできません。**  
 また、**申請期間は2回目以降の申請の際にも必ず記入**してください。

～日間の日数は公休日や土日を含めた日数を記入してください。(未記入や日数が1日多い少ないなど誤りが多い箇所です。)

仕事の内容は**具体的な仕事の内容**を記入してください。また、**2回目以降の申請の際にも必ず記入**してください。

資格喪失後の申請の場合は記入してください。  
 公的年金を受給している方は、記入の上、年金額等がわかる書類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(別紙)の「傷病名」欄に「ケガ」を記入し、「発病時の状況」欄に「ケガ」を記入してください。)

「事業主記入用」は3ページに続きます。➤➤➤

全国健康保険協会 協会けんぽ

2 (ケガ) の場合は、**負傷原因届**を添付願います。

- ① 支給開始日以前の12ヶ月以内で勤務先が変更した場合
  - ② 定年再雇用などで保険証の記号番号が変更した場合
  - ③ 任意継続の被保険者での加入期間がある場合
- の方は下の用紙を添付願います。  
 ➤ 全国健康保険協会に加入していた期間に限りです。(ただし、健康保険組合が解散等をして、その権利義務が全国健康保険協会に承継されたときは、健康保険組合の期間も含まれます。)

こちらの別添の用紙は、**傷病手当金支給申請書ダウンロードページ**の「添付書類はこちら」からダウンロードすることができます。

### 3ページ目:事業主記入欄

賃金の単価を記入してください。(月単位の支給の場合は、月あたりの単価を記入してください。時間単位の支給の場合は、時間あたりの単価を記入してください。)

勤務状況・支給した賃金内訳は**申請期間を含む締日から締日までで記入**したうえで、**給与の締日以降に提出**してください。

## 健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4  
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状況をご記入ください。

被保険者氏名 <b>協会 太郎</b>		出勤		有給	
勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。		計		計	
1.平成 2.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	4	1	3	0
2	0 1 0 5	計	計		
	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				
上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か?	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	給与の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算 締日	15
				支払日	1.当月 2.翌月
				1	25

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支払状況をご記入ください。

期間	単価	支給額	支給額	支給額
区分				
基本給	3000000	1350000		
通勤手当	1200000			
住居 手当	200000	200000		
手当				
手当				
現物給与				
計		1550000		

賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。

基本給欠勤控除あり 基本給 300,000×11/20 =165,000	通勤手当欠勤控除なし 平成30年12月25日に 12月16日～6月15日分として 120,000円支給	住居手当は控除なし
担当者氏名 <b>健康 花子</b>		

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地 **神奈川県横浜市〇〇区△-△** 2.平成 令和 010525

事業所名称 **〇〇株式会社**

事業主氏名 **健康 三郎** 電話番号 **045XXXXXX**

事業主印

様式番号 601368

[療養担当者記入用]は4ページに続きます。>>>

全国健康保険協会 協会けんぽ (3/4)

締日が月末の場合は、末日が28日や、30日であっても、「31日」と記入してください。

欠勤控除などの計算方法は具体的に記入してください。

通勤手当などの手当を複数月にわたって支給していて、申請期間にかかる場合は賃金計算方法の箇所に記入してください。

申請書は1～4ページ目を全てそろえて提出をお願いします。(ただし、退職等により、資格喪失されている方につきましては、3ページ目は不要です。)

労務不能と認めた期間の～日間は必ず記入してもらって下さい。

# 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 協会 太郎		1 2 3 4	
療養担当者が意見を記入するところ	傷病名 (1) 鎖骨骨折	初診日 (1) 1	年 月 日 3 1 0 4 2 2
	(2)	(2)	
	(3)	(3)	
発病または負傷の年月日 1	年 月 日 3 1 0 4 2 2	<input type="checkbox"/> 発病 <input checked="" type="checkbox"/> 負傷	発病または負傷の原因 左肩部強打
労務不能と認めた期間 1	年 月 日 3 1 0 4 2 2	から 2 1	
2	年 月 日 0 1 0 5 1 2	まで	
うち入院期間	年 月 日	から	療養費用の別 <input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費( ) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他
	年 月 日	まで	転帰 <input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input checked="" type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医
診療実日数 (入院期間を含む) 5	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	0 4 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
		0 5 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
		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
上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく) 年 月 日			
鎖骨を骨折し、4月22日初診。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。		手術年月日	年 月 日
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見		退院年月日	年 月 日
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であったため、労務不能と判断した。			
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析の実施または人工臓器を装着した日	人工臓器等の種類	
<input type="checkbox"/>	年 月 日	<input type="checkbox"/> 人工虹膜 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他( )	
上記のとおり相違ありません。			
医療機関の所在地	神奈川県横浜市 区	2	年 月 日 0 1 0 5 2 2
医療機関の名称	〇〇総合病院	印	電話番号 ※ハイフン除く 0 4 5 x x x x x x
医師の氏名	保険 五郎		

医師証明日は、**労務不能と認めた期間の最終日以降の日付**を記入してもらって下さい。

上記のケースであれば、労務不能と認めた期間の最終日が令和元年5月12日のため、医師の証明日は令和元年5月12日以降の日付であることが必要です。



本記入の手引きは、法改正や書式変更があった際は随時更新されます。最新版の記入の手引きは左の二次元コードの読み取り、もしくは支部ホームページをご確認ください。

照会先

全国健康保険協会 神奈川支部  
045-339-5533 (代表)

〒240-8515  
横浜市保土ヶ谷区神戸町134  
横浜ビジネスパークイーストタワー2階

協会けんぽ

