

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ください。
ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 ページ 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。

記号・番号	10101011	生年月日	1 昭和 40 年 10 月 01 日
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)	9810000	電話番号 (左詰めハイフン除く)	022XXXXXXX
住所	宮城 県 仙台市 〇〇区 〇〇町 1-1		

※(枝番)の記載は不要です

資格情報のお知らせ

記号	1010101	番号	1	枝番	00
氏名	キョウカイ タロウ				
生年月日	昭和 40 年 10 月 1 日				
資格取得年月日	昭和 60 年 10 月 1 日				
保険者番号	01040013				
保険者名称	全国健康保険協会 宮城支部				

記号番号・氏名(カタカナ)は、
資格情報のお知らせに記載の記号番号・氏名を正確にご記入ください。
(退職等で資格喪失された方は、資格喪失前の記号番号を記入ください。)

➢ 支給決定通知書上部()内の数字が(記号・番号)です。

氏名(カタカナ)は、口座名義名として使用されます。

※資格情報のお知らせに記載された氏名と口座名義が違う場合、①②の対応必須

①振込先指定口座欄の下に赤字で「口座名義名が異なります」と記入

口座名義名が異なります

②申請書に下記書類を添付
・同一人物と確認できる書類(運転免許証など)
・預金通帳の写し(支店名・口座番号・口座名義記載ページ)

お振込先は原則、「被保険者ご本人様のみ」

事業主様やご家族様の口座へのお振込みはできません。被保険者(申請者)様の口座情報をご記入ください。

振込先指定口座は漏れなく記入ください。

※ゆうちょ銀行をご指定の場合、支店名と口座番号に注意ください。

詳しくはこちら→



【社会保険労務士様へ】
申請書の提出代行をされる際は、提出代行者名記載欄に「提出代行印」の他に「社労士事務所の住所」を必ず記入いただきますようお願いいたします。
※住所の記載が無い場合、不備等の返戻は被保険者本人へ直接返却となりますのでご了承ください。

【マイナンバー記載欄】
記号・番号を記入いただければ、マイナンバーの記入は不要です。
※本人確認書類等も不要です。

【被保険者が死亡して相続人が申請する場合】

相続人の方が申請される場合は、被保険者情報の「記号番号」「生年月日」は被保険者の情報を記入いただき、被保険者情報の「氏名(カナ)」「氏名」「住所」「振込先指定口座」は相続人の方の情報を記入ください。

※ 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。

<図で解説>



※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ください。
ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

1234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

協会 太郎

① 申請期間
(療養のために休んだ期間)

令和 07 年 01 月 15 日 から
令和 07 年 02 月 20 日 まで

② 被保険者の仕事の内容
(退職後の申請の場合は、退職後の仕事の内容)

経理担当事務

③ 傷病名

☒ 労務災害(労務災害)による傷病
※労務災害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

1.平成 07 年 01 月 15 日
2.令和

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へ

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。

2. いいえ
1. はいの場合、別途「第三者行為による傷病」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. はい ⇒ ①-2へ
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. はい
2. いいえ ⇒ 事業主へご連絡のうえ、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
※障害年金や障害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)

2. 1. はい ⇒ ②-3へ
2. いいえ

②-2 老齢年金等について
※退職等による厚生年金の喪失の届出について、老齢年金を受給する場合は「老齢年金」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. 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。

基礎年金番号
年金
支払開始年月日
年金額
円(左の端)
円(右の端)

③ 労務災害
今回の傷病手当金を申請する期間において、労務災害により、労務災害から休業補償給付を受給していますか。

3. 請求中(労働基準監督署)
1. はい
2. いいえ

「事業主記入用」は3ページ目に載ります。>>>

60121101

全国健康保険協会
協会けんぽ

2/4

待期期間も含めて記入ください。
※未来日の申請はできません。

仕事の内容は**具体的な仕事の内容**を記入ください。また、2回目以降の申請・退職後の申請の際にも**必ず記入**ください。

必ず「**✓**」を記入ください。

仕事や通勤中の傷病でも、労働基準監督署にご相談の結果、**労災や通災に該当しない場合は「1」と記入**ください。

- ・報酬を受けていない場合は**①-1のみ「2」と記入**ください。
- ・報酬を受けている場合は**①-1.2の両方に「1」と記入**ください。
※①-2に誤って「2」と記入するケースが多いです。
※正しい証明ではない場合は事業主様にご確認ください。

【②-1】
・今回申請する傷病と同様の傷病で障害年金/障害手当金を受給している場合は②-1に「1」、②-3に詳細を記入の上、年金額等がわかる書類のコピーを添付してください。

・障害年金を受給していない・同様の傷病でない場合は、②-1に「2」と記入ください。

【②-2】**資格喪失後(退職後)の申請の場合のみ記入**ください。

- ・退職後公的年金を受給している場合は、②-2に「1」、②-3に詳細を記入の上、年金額等がわかる書類のコピーを添付してください。
- ・退職後公的年金を受給していない場合は、②-2に「2」と記入ください。

申請月までの12か月以内に下記の①～③のいずれかに当てはまる場合は下記用紙を記入の上、添付ください。

【別紙】

氏名	住所	生年月日
〒	〒	年 月 日

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

※対象となるのは全国健康保険協会に加入していた期間に限ります。

※対象となるのは全国健康保険協会に加入していた期間に限ります。

当用紙は下記より印刷できます。

<用紙>

<記入例>

3ページ目:事業主記入欄

※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ください。

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者氏名 協会 太郎 **申請期間**

① 申請期間 (1) 令和 07 年 01 月 15 日 (2) 令和 07 年 02 月 20 日

② 事業主証明 () 経理担当事務

左記の申請書2ページ目の申請期間内について事業主証明を記入ください。

被保険者氏名を必ずカナ氏名にて記入ください。

出勤の有無に関わらず、**申請期間を含む年月を必ず記入ください。**

申請期間内で**出勤した日のみに「○」を記入して下さい。**
早退の場合は該当する日付に「早」と記入して下さい。
旧様式で記入していた欠勤「/」、公休日「公」、有給「△」等の表記は不要です。
※有給取得の日は報酬として①～⑩に記入してください。

申請期間内で**出勤していない日に支給した報酬のみ記入して下さい。**
・「欠勤控除していない各種手当」
・「申請期間内に取得した有給」の「期間」、「金額」の記入が必要です。
※報酬0円に関する記入は不要です。
※旧様式で記入していた基本給、給与計算式は記入しないでください。
※手当の名称は記入不要です。

← (記入例)
・給与未締め
・通勤手当を毎月1万円支給(欠勤控除されていない場合)

事業主証明日は**申請期間(至)以降かつ提出する日以前の日付**を記入ください。
※未来日の証明はできません。

今回のケースでは、申請期間の最終日が令和7年2月20日の為、事業主証明は**令和7年2月20日以降の日付**となります。(申請期間後かつ申請期間内に関する賃金が確定している場合は、締日を待たずに申請が可能です。)

具体例はこちらよりご確認ください。



【その他のポイント】

- ・賃金台帳や出勤簿は添付不要です。
- ・申請書は1～4ページ目を揃えて提出をお願いします。ただし、退職日以降の期間を申請する場合は3ページ目は不要です。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

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

勤続状況 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(※「早」については出勤の有無に関わらずご記入ください)。

令和	07	年	01	月	15	日	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
令和	07	年	02	月	15	日	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
令和		年		月		日	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、出勤中の有給に替わらず支給している手当(扶養手当・住宅手当等)も、食事・住居等別支給しているもの等

別	05	年	02	月	01	日	05	年	02	月	28	日	3	0	0	0	0	0	0	0
①	令和	07	年	01	月	01	日	令和	07	年	01	月	31	日	1	0	0	0	0	0
②	令和	07	年	02	月	01	日	令和	07	年	02	月	28	日	1	0	0	0	0	0
③	令和		年		月		日	令和		年		月		日						
④	令和		年		月		日	令和		年		月		日						
⑤	令和		年		月		日	令和		年		月		日						
⑥	令和		年		月		日	令和		年		月		日						
⑦	令和		年		月		日	令和		年		月		日						
⑧	令和		年		月		日	令和		年		月		日						
⑨	令和		年		月		日	令和		年		月		日						
⑩	令和		年		月		日	令和		年		月		日						

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地 〒123-4567仙台市〇〇区〇〇町〇-〇-〇

事業所名称 株式会社 〇〇

事業主氏名 〇 〇

電話番号 022-000-0000

令和 07 年 03 月 05 日

「事業所所在地」、「事業所名称」、「事業主氏名」、「電話番号」を必ず記入してください。

4ページ目:療養担当者記入欄

※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ください。

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。



申請書4ページ目は必ず**療養担当の医師に記入**いただいでください。

ご自身で記入したものや診断書、入院証明書等では受付できませんのでご注意ください。

健康保険 傷病手当金 支給申請書		1 2 3 4 ページ
療養担当者記入用		
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 (勤務先での症状の発症に 関連することができない 期間をいいます。)	令和 07 年 01 月 15 日 から 令和 07 年 02 月 20 日 まで	
傷病名 (労務不能と認めた期間 を記入してください)	鎖骨骨折 初診日 療養の給付の開始 年月日 2 平成 07 年 01 月 15 日	
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 平成 07 年 01 月 09 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 はい 2 いいえ	
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	家のお風呂掃除中に転倒し鎖骨を骨折。1月15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。 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。	
上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 07 年 02 月 22 日	
医療機関の所在地	〒123-4567 仙台市〇〇区〇〇町〇-〇-〇	
医療機関の名称	〇〇総合病院	
医師の氏名	〇〇 〇〇	
電話番号	022-000-0000	

6 0 1 4 1 1 0 1

全国健康保険協会
協会けんぽ

4 / 4

患者氏名を必ずカナ氏名にて
記入ください。

「労務不能と認めた期間」を必ず記
入ください。

「**労務不能と認めた期間**」と
「**2ページ目に記入した申請期間**」
が**一致した期間が傷病手当金の支給
対象期間**になります。
※労務不能期間に記入のない日は
支給対象外です。

傷病名を必ず記入ください。

申請する傷病に関する現在の症状・
経過・治療状況等について記入くだ
さい。

医療機関証明日は**労務不能と認めた
期間の最終日以降の日付**を記入くだ
さい。
※未来日の証明はできません。

今回のケースでは、労務不能と
認めた期間の最終日が令和7年
2月20日の為、療養担当者の証
明日は**令和7年2月20日以降の
日付**となります。

「**医療機関所在地**」、
「**医療機関名称**」、
「**医師氏名**」、「**電話番号**」を
必ず記入ください。

照会先



全国健康保険協会 宮城支部
協会けんぽ

〒980-8561

仙台市青葉区中央4-4-19

アーバンネット仙台中央ビル14階

TEL : 022-714-6850 (代表)

<宮城支部HP>

