

健康保険 傷病手当金 支給申請書

(被保険者記入用)

|        |       |                |    |      |                                                           |                                                                  |   |   |
|--------|-------|----------------|----|------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---|---|
| 被保険者情報 | 健康保険の | 記号             | 番号 | 生年月日 | 昭・平・令                                                     | 年                                                                | 月 | 日 |
|        | 氏名・印  | (フリガナ)         |    |      | 印 ← 自署の場合は押印を省略できます。<br>ただし、受領を代理人に委任する場合は委任状と同じ印を押印ください。 |                                                                  |   |   |
|        | 住 所   | 〒 — 都・道<br>府・県 |    |      | 電話番号<br>(日中の連絡先)                                          | ( )                                                              |   |   |
|        | 事業所名称 |                |    |      | 提出委任                                                      | <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。<br>(事業主経由(依頼)する場合は✓) |   |   |

|     |                   |                       |        |               |   |    |
|-----|-------------------|-----------------------|--------|---------------|---|----|
| 振込先 | 金融機関名称            | 銀行・金庫・信組<br>農協・その他( ) | 預金種別   | 普通            | ・ | 当座 |
|     | 口座名義<br>(カタカナで記入) | 支店・本店・出張所<br>その他( )   | 口座番号   |               |   |    |
|     |                   |                       | 口座名義区分 | 被保険者(申請者)・代理人 |   |    |

|     |                                                  |                |                             |      |                |   |   |
|-----|--------------------------------------------------|----------------|-----------------------------|------|----------------|---|---|
| 委任状 | 口座名義が代理人の場合にご記入ください。<br>代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。 | 被保険者<br>(申請者)  | 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 | 令和   | 年              | 月 | 日 |
|     |                                                  | 代理人<br>(口座名義人) | 住所                          | 氏名・印 | 印 被保険者との関係 ( ) |   |   |

|                                               |                                    |                                                  |                                     |           |                                                                   |    |    |                                         |     |   |
|-----------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------|----|----|-----------------------------------------|-----|---|
| 申請内容                                          | 傷 病 名                              | 1)                                               | 発病又は<br>負傷年月日                       | 平・令       | 年                                                                 | 月  | 日  |                                         |     |   |
|                                               |                                    | 2)                                               |                                     | 平・令       | 年                                                                 | 月  | 日  |                                         |     |   |
|                                               |                                    | 3)                                               |                                     | 平・令       | 年                                                                 | 月  | 日  |                                         |     |   |
|                                               | 発病時の状況<br>又はケガの原因<br>(詳しくご記入ください)  | 注：工作中、通勤途上、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず健保組合と勤務先にご連絡ください。 |                                     |           |                                                                   |    |    |                                         |     |   |
|                                               | 仕事の内容(具体的に)                        |                                                  |                                     |           | 退職日以降の期間を申請する場合は、<br>退職前の業務内容をご記入ください。                            |    |    |                                         |     |   |
|                                               | 療養のため休んだ期間<br>(申請期間)               | 令和                                               | 年                                   | 月         | 日                                                                 | から | 日間 | 申請期間を訂正した場合は、申請者の<br>訂正印(サイン)を必ず押印ください。 |     |   |
|                                               |                                    | 令和                                               | 年                                   | 月         | 日                                                                 | まで |    |                                         |     |   |
|                                               | 上記期間に報酬を受けましたか。または、<br>今後、受けられますか。 | はい<br>いいえ                                        | 「はい」の場合、<br>その報酬支払の基礎とな<br>った期間と報酬額 | 令和        | 年                                                                 | 月  | 日  | から                                      | 報酬額 | 円 |
|                                               |                                    |                                                  |                                     | 令和        | 年                                                                 | 月  | 日  | まで                                      |     |   |
| 障害厚生年金又は障害<br>手当金を受給していますか。                   | はい<br>請求中<br>いいえ                   | 「はい」「請求中」の場合、<br>受給の要因となった傷病<br>名と基礎年金番号等        | 傷病名                                 | 年金の<br>種類 | <input type="checkbox"/> 障害厚生年金<br><input type="checkbox"/> 障害手当金 |    |    |                                         |     |   |
|                                               |                                    |                                                  | 基礎年金番号                              | 年金額       | 円                                                                 |    |    |                                         |     |   |
| 「退職した方」<br>老齢又は退職を事由と<br>する公的年金を受給し<br>ていますか。 | はい<br>請求中<br>いいえ                   | 「はい」「請求中」の場合、<br>年金の名称や基礎年金番<br>号等               | 年金の名称                               |           |                                                                   |    |    |                                         |     |   |
|                                               |                                    |                                                  | 基礎年金番号                              | 年金額       | 円                                                                 |    |    |                                         |     |   |
| 労災保険から休業補償<br>給付を受けていますか。                     | はい<br>請求中<br>いいえ                   | 「はい」「請求中」の場合、<br>請求先の労働基準監督署                     | 労働基準監督署                             |           |                                                                   |    |    |                                         |     |   |

注：この申請書は2枚1セットです。2枚目の「事業主/医師等記入用」も必ずご提出ください。  
マイナンバー記入欄(健康保険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、個人番号確認、  
本人確認をするための添付書類が必要です。  
公金受取口座を利用する場合は、下記に☑をご記入ください。(利用する場合、上記口座情報の記入は不要です。)

☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。

※ 公金受取口座を利用する場合は、支給決定までに時間を要することがありますのでご了承ください。

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

事業主が証明するところ

|                                                |       |                                                                                                                                                      |   |   |    |      |    |                         |                                                          |                                                            |   |
|------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|----|------|----|-------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---|
| 被保険者氏名                                         |       |                                                                                                                                                      |   |   |    |      |    |                         |                                                          |                                                            |   |
| 労務に服さ<br>った期間                                  | 令和    | 年                                                                                                                                                    | 月 | 日 | から | 出勤   | 有給 | この期間に対し賃金を支給しました(します)か。 |                                                          |                                                            |   |
|                                                | 令和    | 年                                                                                                                                                    | 月 | 日 | まで | 日間   | 日  | 日                       | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |                                                            |   |
| 被保険者の                                          | 給与の種類 | <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給<br><input type="checkbox"/> その他( ) |   |   |    | 賃金計算 | 締日 | 日                       | 支払日                                                      | <input type="checkbox"/> 当月<br><input type="checkbox"/> 翌月 | 日 |
| 上記の期間に<br>対して、報酬<br>の全部又は一<br>部支給した<br>(する) 場合 |       | 年                                                                                                                                                    | 月 | 日 | ～  | 年    | 月  | 日                       | 日間                                                       | 円                                                          |   |
|                                                |       | 年                                                                                                                                                    | 月 | 日 | ～  | 年    | 月  | 日                       | 日間                                                       | 円                                                          |   |
|                                                |       |                                                                                                                                                      |   |   |    |      |    |                         |                                                          |                                                            |   |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。                            |       |                                                                                                                                                      |   |   |    |      |    |                         |                                                          |                                                            |   |
| 令和 年 月 日                                       |       |                                                                                                                                                      |   |   |    |      |    |                         |                                                          |                                                            |   |
| 所在地                                            |       |                                                                                                                                                      |   |   |    |      |    |                         |                                                          |                                                            |   |
| 事業所名称                                          |       |                                                                                                                                                      |   |   |    |      |    |                         |                                                          |                                                            |   |
| 事業主氏名                                          |       |                                                                                                                                                      |   |   |    |      |    |                         |                                                          |                                                            |   |
| <div>印</div> 電話番号 ( )                          |       |                                                                                                                                                      |   |   |    |      |    |                         |                                                          |                                                            |   |

事業主のみなさまへ

第1回目の申請書には、「賃金台帳」と「出勤簿」のコピーを必ず添付してください。  
なお、第2回目以降の申請でも、報酬の一部が支給される等の場合は添付書類が必要となります。

医師等が意見を記入するところ

|                                                                                           |     |   |   |    |                                                         |                         |                                                                                                                 |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|---|----|---------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 患者氏名                                                                                      |     |   |   |    |                                                         |                         |                                                                                                                 |  |  |  |  |
| 傷病名                                                                                       | 1)  |   |   |    |                                                         | 療養の給付<br>開始年月日<br>(初診日) | 1) 平・令 年 月 日                                                                                                    |  |  |  |  |
|                                                                                           | 2)  |   |   |    |                                                         |                         | 2) 平・令 年 月 日                                                                                                    |  |  |  |  |
|                                                                                           | 3)  |   |   |    |                                                         |                         | 3) 平・令 年 月 日                                                                                                    |  |  |  |  |
| 発病又は<br>負傷年月日                                                                             | 平・令 | 年 | 月 | 日  | <input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷 | 発病又は<br>負傷の原因           |                                                                                                                 |  |  |  |  |
| 労務不能と<br>認めた期間                                                                            | 令和  | 年 | 月 | 日  | から                                                      | 診療実日数                   | 日 (労務不能期間中の診療日数)                                                                                                |  |  |  |  |
|                                                                                           | 令和  | 年 | 月 | 日  | まで                                                      |                         |                                                                                                                 |  |  |  |  |
| うち入院期間                                                                                    | 令和  | 年 | 月 | 日  | から                                                      | 転 帰                     | <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医 |  |  |  |  |
| 令和                                                                                        | 年   | 月 | 日 | まで | 日間                                                      |                         |                                                                                                                 |  |  |  |  |
| 主たる症状及び経過（できる限り詳しくご記入ください。）                                                               |     |   |   |    |                                                         |                         |                                                                                                                 |  |  |  |  |
| この期間の<br>傷病状態                                                                             |     |   |   |    |                                                         |                         |                                                                                                                 |  |  |  |  |
| この期間の<br>治療状況                                                                             |     |   |   |    |                                                         |                         |                                                                                                                 |  |  |  |  |
| 前月の症状<br>との比較                                                                             |     |   |   |    |                                                         |                         |                                                                                                                 |  |  |  |  |
| 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所見                                                         |     |   |   |    |                                                         |                         |                                                                                                                 |  |  |  |  |
|                                                                                           |     |   |   |    |                                                         |                         |                                                                                                                 |  |  |  |  |
| 人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき                                                                      |     |   |   |    |                                                         | 記載内容について相違ありません。        |                                                                                                                 |  |  |  |  |
| 人工透析の実施日又は人工臓器を装着した日                                                                      |     |   |   |    |                                                         | 令和 年 月 日                |                                                                                                                 |  |  |  |  |
| 平・令 年 月 日                                                                                 |     |   |   |    |                                                         | 所在地                     |                                                                                                                 |  |  |  |  |
| 人工臓器等の種類                                                                                  |     |   |   |    |                                                         | 医療機関名                   |                                                                                                                 |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 |     |   |   |    |                                                         | 医師氏名                    |                                                                                                                 |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析                          |     |   |   |    |                                                         | <div>印</div>            |                                                                                                                 |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                          |     |   |   |    |                                                         | 電話番号 ( )                |                                                                                                                 |  |  |  |  |