

見本
グループ会社

常務理事	事務長		係

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

被保険者 (申請者) 情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 〇〇	番号 △△△△△	事業所名 〇〇株式会社 △△営業所
	氏名	(フリガナ) クミアイ タロウ	組合 太郎	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 2年 3月 4日 <input type="checkbox"/> 令和
	住所	(〒 〇〇〇 - ××××)	〇〇市〇〇-丁目〇〇-△△	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 059	(123)	5678

委任状	被保険者	本請求に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 6年 12月 6日
	氏名	組合 太郎	住所「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ
代理人	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	※事業所所在地及び事業主名等をご記入ください。	

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協	本店 支店 支所
	預金種別	申請書はA4・両面印刷でお願いします	
	口座名義 (カタカナ)		

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

健保記入欄	受付年月日	令和 年 月 日	決裁年月日	令和 年 月 日	
	資格取得日	昭・平・令 年 月 日	喪失年月日	令和 年 月 日	
	支給開始日	令和 年 月 日	標準報酬月額	円	
	前回支給期間	自 令 年 月 日	標準報酬日額×2/3	円	
		至 令 年 月 日	支給金額	円	
	支給期間	自 令 年 月 日	法定給付	円	
		至 令 年 月 日	付加給付	円	
不支給期間	一部・全部	(日額 円)	円	日	円
	一部・全部	(日額 円)	円	日	円
	一部・全部	(日額 円)	円	日	円
	一部・全部	(日額 円)	円	日	円
	一部・全部	(日額 円)	円	日	円

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

申請内容	被保険者氏名	組合 太郎			確定できなければ おおよその日を		
	1 傷病名	1)	〇〇病	2 発病 または 負傷 年月日	令和 6 年 10 月 中旬日	日	
		2)			令和 年 月 日		
3)			令和 年 月 日				
3 発病または負傷の原因をご記入ください。 ※ケガ（負傷）の場合は「負傷原因報告書」もご記入ください。	(発病時の状況 いつ、どこで、何をしていた等) 状況をお書きください <input checked="" type="checkbox"/> 業務上または通勤途上、第三者の行為による負傷 ではありません。						
4 療養のため休んだ期間(申請期間)	令和 6 年 11 月 4 日 から	令和 6 年 11 月 29 日 まで	日数	16	日間		
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)	路線バス運転士			公休日+欠勤の合計			

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。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	申請月の給与明細の金額		
	1-① 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、 その報酬支払の基礎となった(なる) 期間をご記入ください。	令和 6 年 11 月 4 日 から 令和 6 年 11 月 29 日 まで	報酬額	233,000	円
	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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	受給している場合は、 年金証書(写)・直近の振込通知書(写) をご提出ください		
	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 及び基礎年金番号をご記入ください。	傷病名	基礎年金 番号	年金 コード	
	「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。	支給開始 年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	年 月 日	年金額 円
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。 受給している場合、その名称をご記入ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	名称			
4 今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている 期間のものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 労災請求中				
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				
5 介護保険サービスを受けたとき	保険者 番号	被保険者 番号	保険者 名称		
健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、貴組合が関係機関（前加入保険者、医療機関、事業主、日本年金機構等）に対して必要な照会を行うこと、及びその回答を得ることに同意します。					
令和 6 年 12 月 6 日 被保険者氏名(自署) 組合 太郎					

※ 添付書類を必ずご確認ください。

(R8.1版)

【添付書類】

調査票

初回申請期間より入社1年未満の方

傷病手当金についての確認書(初回)

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

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及び賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名	組合 太郎																															
	勤務状況	【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は×】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。												出勤	有給	公休	欠勤																
	令和6年11月	00	04	06	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	14日	0日	8日	8日
	令和 年 月 1 2	賃金計算の期間ごとで記入してください												7	28	29	30	31	計	日	日	日	日										
令和 年 月 1 2													7	28	29	30	31	計	日	日	日	日											
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 type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input checked="" type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算	締日	末日												25日														
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。												※給与明細・勤務記録もご提出ください。																					
支給した(す)賃金内訳	期間	正常勤務時の報酬	11月1日 ~11月30日分	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分	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。																											
	区分	支給額	支給額	支給額																													
	基本給	300,000	220,000	基本給欠勤控除あり $300,000 \div 30日 \times 22日 = 220,000$																													
	家族手当	10,000	10,000	通勤手当・家族手当 欠勤控除なし																													
	通勤手当	3,000	3,000	通勤定期券等で、まとめて支給されている場合は、1か月分で記入してください																													
	現物給与												基本給: 当月払い 手当: 翌月払い																				
	計												<提出書類> ※見本の場合 ・11月勤務記録 ・11月・12月給与明細																				
上記のとおり相違ないことを証明する。												令和 年 月 日	<復帰予定について> <input type="checkbox"/> 未定 <input checked="" type="checkbox"/> 復帰済 <input type="checkbox"/> 復帰予定: 令和 年 月 日 特記事項 ()																				
事業所所在地	※事業所所在地及び事業主名等をご記入ください。																																
事業所名称																																	
事業主氏名																																	
電話	()																																

(R8.1版)

【被保険者の方へ】
お勤め先の事業所で証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

事業主確認欄	
【本人提出書類】 <input type="checkbox"/> 傷病手当金申請書 4枚 <input type="checkbox"/> 調査票 <input type="checkbox"/> 傷病手当金についての確認書(初回) →初回申請期間より入社1年未満の方のみ	【事業主提出書類】 <input type="checkbox"/> 給与明細 <input type="checkbox"/> 勤務記録

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。>>>

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

療養担当者（医師等）記入用

療養担当者が意見を記入する部分	患者氏名																																
	傷病名	(1)											療養の給付開始年月日	(1)令和	年	月	日																
		(2)											(2)令和	年	月	日																	
		(3)											(3)令和	年	月	日																	
	発病または負傷の年月日	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または負傷の原因																										
労務不能と認められた期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間																								
うち入院期間	令和	年	月	日から	日間	療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費()				<input type="checkbox"/> 転帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止																						
	令和	年	月	日まで	入院		<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他				<input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																						
診療実日数	診療日を ○で囲んで ください。	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
		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「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)												手術年月日 令和 年 月 日																					
												退院年月日 令和 年 月 日																					
症状経過からみて従来職種について労務不能と認められた医学的な所見																																	
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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和											人工臓器等の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <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。												令和 年 月 日																					
医療機関の所在地																																	
医療機関の名称																																	
医師の氏名												電話 ()																					

(R8.1版)

記入例

1	患者氏名	協会 太郎																						
2	傷病名	(1) 鎖骨骨折																						
3	療養の給付開始年月日(初診日)	(1)平成 26 年 4 月 22 日																						
4	発病または負傷の年月日	平成 26 年 4 月 22 日	<input checked="" type="checkbox"/> 発病	発病または負傷の原因																				
	労務不能と認められた期間	平成 26 年 4 月 22 日から 平成 26 年 5 月 12 日まで	21	左肩部強打																				
5	診療実日数	診療日を ○で囲んで ください。	4月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
			5月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
			月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
			日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
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)												手術年月日 平成 年 月 日												
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。												退院年月日 平成 年 月 日												
症状経過からみて従来職種について労務不能と認められた医学的な所見																								
骨折した部位が固定するまで安静が必要で、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。																								
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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成											人工臓器等の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <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。												平成 26 年 5 月 22 日												
医療機関の所在地 東京都品川区△△-1-1																								
医療機関の名称 ○○総合病院																								
医師の氏名 保険 五郎												電話 03 (△△△△)△△△△												

【被保険者の方へ】

1 療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

【療養担当者の方へ】

2 複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次ご記入ください。

3 左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください。

4 治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。また、証明日以前の期間をご記入ください。

5 症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。