

※健保組合使用欄	決議	年	月	日	決定	年	月	日		
取得	金額				常務理事	事務長	課長	主任	扱	
喪失										
傷手日額 円/日	支給期間	年	月	日から	不支給の理由 1.療養のため労務不能の状態とは認められないため 2.報酬支給のため 3.出勤のため 4.重複請求のため 5.期間満了のため 6.資格喪失後のため 7.待期未完のため					
療養開始		年	月	日まで						日間
支給開始	不支給期間	年	月	日から						日間
残日数 日		年	月	日まで						日間
					現物給与 一部報酬受給により控除 ¥ _____ (. . . から . . . まで 日間 1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

被保険者（申請者）情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください										
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)												
	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 平成					<input type="checkbox"/> 令和
	住所	(〒 -)	都 道	府 県									
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()												

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	
	口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。		

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印

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。（利用する場合は☑）
注）口座情報の反映には登録から数日を要します。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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	1 傷病名	1) _____ 2) _____ 3) _____	2 発病 または 負傷 年月日	年 月 日 年 月 日 年 月 日
	3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (発病時の状況) <input type="checkbox"/> 2. ケガ		
	4 療養のため休んだ期間(申請期間)	年 月 日 〇 〇 〇 〇 〇 〇 から 日数 〇 〇 〇 〇 〇 〇 まで 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)				

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 type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	1 - ① 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください。	年 月 日 から 報酬額 年 月 日 まで 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"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ → <input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 2. 障害手当金
	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 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、その名称ご記入ください。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ → 名称 _____	
3 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください。	基礎年金番号 _____ 年金コード _____ 支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 年金額 _____ 円	
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"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 労災請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ	
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 _____	

「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

療養担当者記入用

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名		
	傷病名	(1) _____ (2) _____ (3) _____	療養の給付開始年月日(初診日) (1) _____年 _____月 _____日 (2) _____年 _____月 _____日 (3) _____年 _____月 _____日
	発病または負傷の年月日	_____年 _____月 _____日	発病または負傷の原因
	労務不能と認められた期間	_____年 _____月 _____日から _____年 _____月 _____日まで 日間	
	うち入院期間	_____年 _____月 _____日から _____年 _____月 _____日まで 日間 入院	転帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 中止 <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	
就労禁止・自宅療養の指示	1. あり (_____年 _____月 _____日から _____年 _____月 _____日まで) 2. なし		
通院の指示	1. あり (_____(月・週・日) 回) 2. なし (理由: _____)		
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)			
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			
上記のとおり相違ありません。 _____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 _____ (_____)			
※ 詳細に記入されていない場合や記入もれがある場合等、医師意見欄の補足として照会させていただく場合があります。また、当健康保険組合を資格喪失した方から傷病手当金の申請があった場合は、診療報酬明細書と同様の内容を照会させていただく場合がありますので、予めご了承ください。			

上記には、記入例には記載のない「就労禁止・自宅療養の指示」、「通院の指示」の項目が追加されています。

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 (2) _____年 _____月 _____日 (3) _____年 _____月 _____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 <input type="checkbox"/> 負傷
5	労務不能と認められた期間	平成 26 年 4 月 22 日から 21 日間
	うち入院期間	平成 _____年 _____月 _____日から _____年 _____月 _____日まで 日間 入院
	診療実日数	診療日を ○で囲んでください。
	就労禁止・自宅療養の指示	1. あり (_____年 _____月 _____日から _____年 _____月 _____日まで) 2. なし
	通院の指示	1. あり (_____(月・週・日) 回) 2. なし (理由: _____)
	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)	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。 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 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。
	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。