

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	令和 年 月 日 令和 年 月 日 令和 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 → 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)	(令和) 年 月 日	から	日数
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)	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____			

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。	令和 年 月 日 から 報酬額 _____ 円 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。	<input type="checkbox"/> 1. はい → <input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 2. 請求中 → <input type="checkbox"/> 2. 障害手当金 <input type="checkbox"/> 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をご記入ください。 〔「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 <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 → 名称 _____ <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ
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。 〔「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。〕	基礎年金番号 _____ 年金コード _____ 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	
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 3. いいえ <input type="checkbox"/> 2. 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 _____	

「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																																				
	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。											出勤	有給																								
	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	計	日	日
	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	計	日	日
	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	計	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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		給与の種類		<input 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		支払日		日		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。																																				
	支給した(する)賃金内訳	期間	単価	月 日 ~ 月 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																																			
通勤手当																																					
住居手当																																					
扶養手当																																					
手当																																					
手当																																					
現物給与																																					
計																																					
令和 年 月 日												担当者氏名																									
上記のとおり相違ないことを証明する。																																					
事業所所在地																																					
事業所名称																																					
事業主氏名																																					
電話 ()																																					

「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)	療養の給付開始年月日 (初診日)	
		(2)	(1) 令和 年 月 日	
		(3)	(2) 令和 年 月 日 (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 令和 年 月 日まで	日間 入院	療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 () <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他
診療実日数	診療日を	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	転帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医	
	○で囲んで	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		
	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		
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の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 年 月 日	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 ()	

記入例

1	患者氏名	健保 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 25 年 4 月 22 日 (2) 平成 年 月 日 (3) 平成 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 平成 26 年 4 月 22 日から 21 日間 平成 26 年 5 月 12 日まで
5	発病または負傷の原因	左肩部強打
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		
転帰 <input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医		
診療実日数 5 診療日を 4 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 23 25 26 27 28 29 31 ○で囲んで 5 月 2 3 4 7 8 9 10 11 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 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		
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)		
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。		
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 年 月 日		
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】

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

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

記入例

被保険者（申請者）情報	被保険者証の （右づめ）	記号 1	番号 1 2 3 4 5	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 3 7 0 6 0 1
	氏名 （フリガナ）	ヤマダ タロウ 山田 太郎		
	住所	〒 231 - 0000 神奈川県 横浜市中区●●町1-2		
	電話番号 （日中の連絡先）	TEL 045 (224) 1234		

本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

振込先指定口座	退職した方のみ記入ください。 （こちらに記入する場合、名義区分は 1.申請者にしてください） ※公金口座受取払いは支払日まで日数がかかります。	
	退職した方のみ記入	口座名義の区分 2 1. 申請者 2. 代理人

受取代理人の欄	本申請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 5 年 12 月 8 日	2. 代理人の時のみ記入
	被保険者（申請者） 氏名 山田 太郎	被保険者の会社証明欄

情報照会 年 月 日 / 提供エラー 添付あり

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

未記入

(2023.4)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

1/4

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) 脳梗塞 2) 3)	2 発病または負傷年月日	令和 5年 10月 10日 令和 年 月 日 令和 年 月 日
	3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	1 <input checked="" type="checkbox"/> 1. 病気 (発病時の状況) 朝方、頭痛がして倒れた 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)	(令和) 年 月 日 5 1 0 1 0 から 日数 5 1 1 0 9 まで 42 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)	新車販売			

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。	1 <input checked="" type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ
	1 - ① 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください。	令和 5年 10月 10日 から 報酬額 34,631 円 令和 5年 11月 9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 <input checked="" type="checkbox"/> 1. はい → <input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 2. 請求中 3. いいえ 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。 〔「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 <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。	3 <input checked="" type="checkbox"/> 1. はい → 名称 2. 請求中 3. いいえ
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。 〔「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。〕	基礎年金番号 年金コード 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	
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	3 <input checked="" type="checkbox"/> 1. はい 3. いいえ 2. 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	

「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

勤務

支給

日

日

日

日

日

日

被保険者の会社証明欄

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。>>>

療養担当者が意見を記入するところ

患者氏名

傷

日
日
日

医療機関の証明欄

※ 協会けんぽの用紙を使用した証明は不可です。
ご注意ください。

医

医療機

医師の氏名

電話

記入例

1	患者氏名	健保 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)
		平成 26 年 4 月 22 日		平成 26 年 4 月 22 日
	発病または負傷の年月日	平成 26 年 4 月 22 日		発病または負傷の原因
	労務不能と認められた日	平成 26 年 4 月 22 日から 平成 26 年 5 月 12 日まで		左肩部強打
	うち入院期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		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
	診療実日数	5		転帰
		診察日を 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 ○で囲んで 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 ○で囲んで ください		<input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 転医
5	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)」	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。		
	手術年月日	平成 年 月 日		退院年月日
	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 平成 年 月 日		人工臓器等の種別 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工胃腸 <input type="checkbox"/> 人工心臓 <input type="checkbox"/> 人工肺 <input type="checkbox"/> 人工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	〇〇総合病院		
	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】

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

公休とは会社が定めた休日のことです。
有給は給与が発生する休暇のことです。
ご注意ください。

会社記入例

上記の期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況

事業主が証明するところ

被保険者氏名	山田 太郎	
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。	
令和5年10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 // // 休職 →	計 0 日 0 日
令和5年11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 休職 →	計 0 日 0 日
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	計 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 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 31 日 支払日 <input checked="" type="checkbox"/> 当月 25 日 <input type="checkbox"/> 翌月	

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。

区分	期間	単価	10月10日 ～10月31日分	11月1日 ～11月9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。
			支給額	支給額	支給額	
基本給		300,000	14,631	0		基本給：欠勤控除あり $(300,000 \times 16 / 1000) = 4,800$ 円 (1日あたり欠勤控除) $300,000 \div 31 = 9,677$ (1日稼働あたり) $9,677 - 4,800 = 4,877$ 円 $4,877 \times 3日 = 14,631$ 円 (10/10～12分) 通勤手当欠勤控除なし 8/25 6ヶ月定期代 (8月～1月分)として60,000円支給 $60,000円 \div 6 = 10,000$ 円 扶養手当欠勤控除なし
通勤手当		10,000	10,000	0		
住居手当						
扶養手当		10,000	10,000	0		
手当						
手当						
現物給与						
計		370,000	34,631	0		

上記のとおり相違ないことを証明する。

事業所所在地 横浜市●●区〇〇町1-2-3
事業所名称 〇〇〇〇株式会社
事業主氏名 代表取締役 〇〇 〇〇

単価欄は通常時の給与を記入。
時給者は基本給単価に時給を記入。

担当者氏名 鈴木 花子

045 (321) 4567

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。>>>