健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者記入用

傷

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。

被保険者（申請者）情報

	記号（左づめ）	番号（左づめ）	生年月日
記号・番号	A 1 2 3 4 5 6 7 8 | 1 2 3		B 2（1.昭和 2.平成 3.令和） 0 2 年 0 4 月 0 1 日

個人番号（マイナンバー）	C Aを書いたら空欄	⚠ 左上の「記号・番号」欄へ記入した場合は、個人番号（マイナンバー）は記入しないでください。記入された場合は、本人確認等の添付が必要です。
氏名（カタカナ）	D ケ ン ポ　タ ロ ウ　（姓と名の間は1マス空ける）	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。
氏名	E 健保 太郎	※申請者はお勤めされている（いた）被保険者です。被保険者がお亡くなりになっている場合は、相続人よりご申請ください。
郵便番号（ハイフン除く）		電話番号（左づめハイフン除く）
住所	都 道 府 県	

振込先指定口座

公金受取口座の利用について	F 2（1.希望する 2.希望しない）	→「1」を選択された場合は、事前にマイナポータル等にて公金受取口座として登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は不要です。

公金受取口座の利用について「2.希望しない」を選択された場合は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご記入ください。

金融機関名称	G ゆうちょ（銀行 金庫 信組 農協 漁協）	支店名	H 〇一八（本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 営業部 本所 支所）
預金種別	1 普通預金	口座番号（左づめ）	I 1 2 3 4 5 6 7

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は３桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号（７桁）をご記入ください。
ゆうちょ銀行口座番号（記号・番号）ではお振込できません。

2ページ目に続きます。

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

※

MN確認（被保険者）		1. 記入有（添付あり） 2. 記入有（添付なし） 3. 記入無（添付あり）					
添付書類	職歴	1. 添付 2. 不備	年金	1. 添付 2. 不備	労災	1. 添付 2. 不備	
	戸籍（法定代理）	1. 添付	口座証明	1. 添付			
			その他	1. その他	（理由）	枚数	

6 0 1 1 1 1 0 3

受付日付印

協会使用欄：記入しない

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者記入用

E

被保険者氏名：健保 太郎

申請内容

1

① 申請期間（療養のために休んだ期間）

令和 0 8 年 0 8 月 0 1 日 から

令和 0 8 年 0 8 月 3 1 日 まで

初回は待期の初日から

2

② 被保険者の仕事の内容（退職後の申請の場合は、退職前の仕事の内容）：経理担当事務

3

③ 傷病名：☑

療養担当者記入欄（4ページ）に記入されている傷病による申請である場合は、左記に☑を入れてください。
別傷病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

④ 発病・負傷年月日：2（1.平成 2.令和） 0 8 年 0 7 月 2 8 日

2=令和

5-1

⑤ 傷病の原因

⑤－1：1（1. 仕事中以外（業務外）での傷病 2. 仕事中（業務上）での傷病 3. 通勤途中での傷病）→ ⑤－2へ

業務外なら1

⑤－2 労働災害、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

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（1. はい 2. いいえ）

「1. はい」の場合、別途「第三者行為による傷病届」をご提出ください。

確認事項

報酬1-1

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。：2（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 → 事業主へご確認のうえ、正しい証明を受けてください。）

年金2-1

②－1 障害年金、障害手当金について
今回傷病手当金を申請するものと同一の傷病で「障害厚生年金」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）「1. はい」の場合 →

②－2 老齢年金等について
※退職等による健康保険資格の喪失後の期間について、傷病手当金を申請する場合はご記入ください
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。（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）：□（1. はい → ②－3へ 2. いいえ）「1. はい」の場合 →

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：　－
- 年金コード：
- 支給開始年月日：（1.平成 2.令和） 年 月 日
- 年金額：　円（右づめ）

労災3

③ 労災補償：今回の傷病手当金を申請する期間において、別傷病により、労災保険から休業補償給付を受給していますか。：3（1. はい 2. 請求中（＿＿＿＿労働基準監督署） 3. いいえ）「1. はい」「2. 請求中」の場合 →

『健康保険傷病手当金支給申請書記入の手引き』をご確認ください。

「事業主記入用」は3ページ目に続きます。

6 0 1 2 1 1 0 3

健康保険 傷病手当金 支給申請書

事業主記入用

労務に服することができなかった期間（申請期間）の勤務状況および賃金支払い状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ

3-1

被保険者氏名（カタカナ）：ケンポ タロウ

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。

3-2

勤務状況　2ページの申請期間のうち出勤した日付を【〇】で囲んでください。「年」「月」については出勤の有無に関わらずご記入ください。

	令和	年	月	出勤した日
1	08	08		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
2				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
3				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

2ページの申請期間のうち、出勤していない日（上記【〇】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。

※有給休暇の場合の賃金、出勤等の有無に関わらず支給している手当（扶養手当・住宅手当等）、食事・住居等現物支給しているもの等

3-3

	令和	年	月	日	から	年	月	日	有給・手当を払った日と金額。無ければ空欄
例	05	02	01		05	02	28		300000円
①									
②									
③									
④									
⑤									
⑥									
⑦									
⑧									
⑨									
⑩									

3-4

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 08 年 09 月 05 日

事業所所在地　東京都千代田区〇〇1-2-3

事業所名称　株式会社〇〇

事業主氏名　代表取締役 〇〇 〇〇

電話番号　03-XXXX-XXXX

証明日は申請期間が過ぎた後

「療養担当者記入用」は4ページ目に続きます。

6013103

全国健康保険協会
協会けんぽ

健康保険 傷病手当金 支給申請書

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
（カタカナ）

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。

4-1

労務不能と認めた期間
（勤務先での従前の労務に服することができない期間をいいます。）

令和 □□ 年 □□ 月 □□ 日 から

令和 □□ 年 □□ 月 □□ 日 まで

治療期間ではなく働けなかった期間

4-2

傷病名
（労務不能と認めた傷病をご記入ください）

2ページ目③と同じか確認

4-3

初診日
（療養の給付の開始年月日）

□ 1. 平成 2. 令和 □□ 年 □□ 月 □□ 日

発病または負傷の原因

発病または負傷の年月日

□ 1. 平成 2. 令和 □□ 年 □□ 月 □□ 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

4-4

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

症状・経過・所見を医師が記入

4-5

上記のとおり相違ないことを証明します。

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

電話番号

医療機関が証明

6	0	1	4	1	1	0	3

全国健康保険協会
協会けんぽ