

●申請書はクリップで留めてください。ホチキス留めは不可。
●A4片面で印刷ください。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者（申請者）記入用

健保使用欄			
資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日

被保険者（申請者）情報	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号	番号	事業所名（会社名）
	氏名	(フリガナ)		被保険者生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	住所	(〒 -)	都 道 府 県	年 月 日
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		

振込先指定口座（申請者又は代理人）	<input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する場合は右記チェックボックスに <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します			
	注）口座情報の反映には登録から数日を要します。 マイナポータル等で事前登録が完了していることをご確認ください。 また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。			
	<input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座を利用しない場合は下記の欄に振込先口座をご記入ください。			
金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所	
預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号 (右づめ)	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人	
口座名義	▼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。)			口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 2の場合は下欄を記入

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 年 月 日			
	被保険者 (申請者)	氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	代理人 (口座名義人)	住所 (フリガナ)	TEL ()	委任者と代理人との関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

<備考>
※被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請を希望する場合は健保組合までご相談ください。

(R6.12)
受付日付印

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

被保険者（申請者）記入用

申請内容	被保険者氏名	
	1 傷病名	2 発病または負傷年月日 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 <input type="checkbox"/> 2. ケガ （発病または負傷の原因および経過）	
	4 療養のため休んだ期間（申請期間）	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日数 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、報酬を受けた場合、または受けることができる場合、その報酬の額と期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 報酬額 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"/> 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。	傷病名
	「はい」と答えた場合は、支給開始日、年金額を記入のうえ、確認できる年金証書（写）、年金額振込（改定）通知書（写）を添付してください。	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
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。	基礎年金番号 年金コード	
「はい」と答えた場合は、支給開始日、年金額を記入のうえ、確認できる年金証書（写）、年金額振込（改定）通知書（写）を添付してください。	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	
	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. 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・療養担当者記入用」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

事業主・療養担当者記入用

事業主が証明するところ	被保険者氏名													
	労務に服さなかった期間	令和 令和	年 年	月 月	日 日	から まで	日数	日間						
	A. 上記の期間中の分として報酬を支給した(する)場合	報酬の名称	支給対象期間								支給額			
			令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	円		
			令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	円		
			令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	円		
		令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	円			
B. 現在までも又、将来も支給しない場合はその旨														
備考														
上記のとおり相違ないことを証明する。											令和	年	月	日
事業所所在地														
事業所名称														
事業主氏名											TEL	()	

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名													
	傷病名					発病または負傷の原因								
	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	療養を開始した年月日	令和	年	月	日			
	労務不能と認められた期間	令和	年	月	日から	日間	診療実日数	日間						
	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。											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											TEL	()	