

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者（申請者）記入用

詳細内容が不明な場合は、わかる範囲でご記入ください。
ただし、ケガの場合は「いつ」「どこで」「何をしているとき」に負傷したのか具体的にご記入ください。

申請内容	被保険者氏名	健保 太郎		
	1 傷病名	右橈骨遠位端骨折	2 発病または負傷年月日	令和 5 年 5 月 3 日
	3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 病気 <input checked="" type="checkbox"/> 2. ケガ	(発病または負傷の原因および経過) 休日に公園をジョギング中、 段差で足を踏み外して転倒。 右手をついた際に負傷。 病院で右手首を固定し治療中。	
	4 療養のため休んだ期間(申請期間)	令和 5 年 5 月 3 日から 令和 5 年 5 月 28 日まで	日数	26 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)	事務職		

3ページ目の療養担当者(医師)証明欄「労務不能と認められた期間」と同一となる期間をご記入ください

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	原則記入不要です。	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 checked="" 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	障害基礎年金のみを受給している場合 ⇒ 記入不要です。 障害基礎+厚生年金を受給している場合 ⇒ ご記入ください		
	「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	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	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			
「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 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	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 checked="" 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・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

被保険者（申請者）記入用

申請内容	被保険者氏名	健保 太郎			詳細内容が不明な場合は、わかる範囲でご記入ください。	
	1 傷病名	大腸癌		2 発病または負傷年月日	令和 不 年 詳 月 日	
	3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	<input checked="" 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) 原因不詳。●月●日病院検査の結果、罹患判明。×月×日手術入院し▲月▲日より自宅療養中。		
	4 療養のため休んだ期間(申請期間)	令和 5 年 5 月 3 日 から	令和 5 年 5 月 28 日 まで	日数	26 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)	事務職				

3ページ目の療養担当者(医師)証明欄「労務不能と認められた期間」と同一となる期間をご記入ください

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	原則記入不要です。		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 checked="" 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	障害基礎年金のみを受給している場合 ⇒ 記入不要です。 障害基礎+厚生年金を受給している場合 ⇒ ご記入ください			
	2 - 「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	支給開始年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <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				
3 - 「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 checked="" 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	被保険者名称			

「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	健保 太郎		
	労務に服さなかった期間	令和 5 年 5 月 3 日 から 令和 5 年 5 月 28 日 まで	日数	26 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
		通勤手当	令和 5 年 4 月 1 日 ~ 令和 5 年 5 月 31 日	40,000 円
		資格手当	令和 5 年 5 月 1 日 ~ 令和 5 年 5 月 31 日	15,000 円
有給		令和 5 年 5 月 3 日 ~ 令和 5 年 5 月 8 日	円	
B. 現在までも又、将来も支給しない場合はその旨		Aを除き、現在までも又将来も支給しない。		
備考				
上記のとおり相違ないことを証明する。		令和 5 年 6 月 25 日		
事業所所在地	東京都〇〇区〇〇 1-2-3 ××ビル901			
事業所名称	×××株式会社			
事業主氏名	山田 太郎	TEL	03 (××××) ××××	

この欄は事業主(会社)が記入するため、被保険者(申請者)は記入不要です。

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名	健保 太郎		
	傷病名	右橈骨遠位端骨折	発病または負傷の原因	ジョギング中の転倒
	発病または負傷の年月日	令和 5 年 5 月 3 日 <input type="checkbox"/> 発病 <input checked="" type="checkbox"/> 負傷	療養を開始した年月日	令和 5 年 5 月 3 日
	労務不能と認められた期間	令和 5 年 5 月 3 日から 令和 5 年 5 月 28 日まで 26 日間	診療実日数	5 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」		令和5年5月3日負傷により受診。右手首の疼痛強く、レントゲン検査により、上記骨折を認めた。右肘～右手首をシーエ固定	
症状経過からみて従来の職種について		骨折部位を固定したうえで安静を要する為、労務不能であった。		
上記のとおり相違ありません。		令和 5 年 6 月 11 日		
医療機関の所在地	〇〇県〇〇市〇〇町 9-8-7			
医療機関の名称	▲▲病院			
医師の氏名	伊志野 一朗	TEL	××× (××××) ××××	

「労務不能と認められた期間」が医師の証明日より未来の期間となっている場合は無効となります。必ず過去の期間についての証明をご依頼ください。

この欄は療養担当者(医師)が記入するため、被保険者(申請者)は記入不要です。