



# 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 氏名		2 申請回数	<input type="text"/>	1. 初回	2. 第2回目以降（第	回）
	3 傷病名	1)	4 発病 または 負傷 年月日	令和	年	月	日
		2)		令和	年	月	日
3)		令和		年	月	日	
5 申請期間中の傷病の状態 (初回申請の場合は発病時の状況等併せて ご記入ください)	→ 初回の申請で傷病名が外傷性（ケガ）の場合は別紙「負傷の原因届」をご提出ください。						
6 療養のため休んだ期間(申請期間)	(令和)	年	月	日	から	日数	日間
					まで		
7 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 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 2. 請求中 3. いいえ	→	<input type="checkbox"/>	1. 障害厚生年金 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						
	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 2. 請求中 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"/> 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 2. 労災請求中 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
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 <input type="checkbox"/> 当月 <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。																																			
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																																		
現物給与																																			
計																																			
上記のとおり相違ないことを証明する。																		令和 年 月 日		担当者氏名															
事業所所在地																																			
事業所名称																																			
事業主氏名																		電話		( )															

事業主のみなさまへ

初回の申請書には、「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。  
第2回目以降の申請でも、報酬の一部が支給される場合は賃金台帳と出勤簿を添付してください。

## 記入例

1	被保険者氏名	文具 太郎																					
2	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。																					
3	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		末													
4	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。																						
5	支給した(する)賃金内訳	期間	単価	5月1日 ~ 5月31日分	6月1日 ~ 6月30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：欠勤控除あり 250,000円÷25日×15日 =150,000円																
		基本給	250,000	100,000	240,000		250,000円÷25日×1日 =10,000円																
		通勤手当	40,000	40,000	40,000		通勤手当：欠勤控除なし																
		住居手当																					
		扶養手当																					
		手当																					
		現物給与																					
		計	290,000	140,000	280,000																		
上記のとおり相違ないことを証明する。																		令和 3 年 7 月 2 日		担当者氏名		〇〇 〇〇	
事業所所在地																		東京都千代田区△△1-1					
事業所名称																		〇〇株式会社					
事業主氏名																		健保 三郎				電話 03 (〇〇〇〇)〇〇〇〇	

### 【被保険者の方へ】

1 お勤め先の事業所に証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

### 【事業主の方へ】

2 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(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は／で表示してください。

3 給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。

4 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。

5 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における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。

「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	
	発病または負傷の年月日	令和 年 月 日	発病または負傷の原因	<input type="checkbox"/> 発病
				<input type="checkbox"/> 負傷
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から	療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費( )
		令和 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他
	うち入院期間	令和 年 月 日から	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止
		令和 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医
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		
	○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 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工臓器等の種類 <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	文具 太郎
2	傷病名	(1) 胃潰瘍
		(2)
		(3)
3	療養の給付開始年月日(初診日)	(1) 令和 3 年 5 月 11 日
		(2) 令和 年 月 日
4	発病または負傷の年月日	令和 3 年 5 月 11 日
5	労務不能と認められた期間	令和 3 年 5 月 11 日から
		令和 3 年 6 月 1 日まで
6	うち入院期間	令和 3 年 5 月 11 日から
		令和 3 年 5 月 27 日まで
7	診療実日数	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
		6 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
		8 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)		
5 検査の結果、胃に潰瘍を認め、潰瘍の切除及び入院治療を必要とする。経過は良好なもの、自宅療養が必要。		
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		
退院後も引き続き安静による経過観察を要し、5日間労務不能。		
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき		
上記のとおり相違ありません。 令和 3 年 6 月 15 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 健保 一郎 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。