

# 健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 回)

## 注意事項

●●●●  
「障害」欄は「障害」欄に記入してください。  
「傷病名」欄は「傷病名」欄に記入してください。  
「発病又は負傷原因」欄は「発病又は負傷原因」欄に記入してください。  
「療養のため休んだ期間」欄は「療養のため休んだ期間」欄に記入してください。  
「報酬の支払を受けた(受けられる)ときはその報酬の額と報酬支払いの基礎となった(なる)期間」欄は「報酬の支払を受けた(受けられる)ときはその報酬の額と報酬支払いの基礎となった(なる)期間」欄に記入してください。  
「障害厚生年金または障害手当金を受給していますか」欄は「障害厚生年金または障害手当金を受給していますか」欄に記入してください。  
「資格喪失者及び任意継続被保険者の方」欄は「資格喪失者及び任意継続被保険者の方」欄に記入してください。  
「委任状」欄は「委任状」欄に記入してください。  
「支払金融機関」欄は「支払金融機関」欄に記入してください。  
「社会保険労務士の提出代行者名記載欄」欄は「社会保険労務士の提出代行者名記載欄」欄に記入してください。  
「支給決定書」欄は「支給決定書」欄に記入してください。

被保険者等	記号	番号	氏名
住所	〒 - TEL: ( )		あなたの仕事の具体的な内容
傷病名	1) 年 月 日 2) 年 月 日 3) 年 月 日	初診日	1) 年 月 日 2) 年 月 日 3) 年 月 日
発病又は負傷原因	第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
療養のため休んだ期間(傷病手当金申請期間)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
上記の療養のため休んだ期間の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
報酬の支払を受けた(受けられる)ときはその報酬の額と報酬支払いの基礎となった(なる)期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 円		
障害厚生年金または障害手当金を受給していますか	受給している場合は、その原因となった傷病名・受給開始年月日・年金額 傷病名 受給開始年月日 年金額 はい・いいえ・請求中 平・令 年 月 日 年額 円		
資格喪失者及び任意継続被保険者の方	老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか 受給している公的年金の種類 受給開始年月日 年金額 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 令和 年 月 日 年額 円		

令和 年 月 日 提出

所在地	給付金の受領を次の者に委任いたします。
名称	
氏名	
被保険者氏名	令和 年 月 日

※受付日付印

被保険者が資格喪失後請求の場合記入			
支払金融機関名	農協 本・支店 銀行 本・支所 信金・信組 (本・支どちらか○印)		
預・貯金口座	種別 普・当 口座番号		
預・貯金口座名義人	(フリガナ)		

社会保険労務士の提出代行者名記載欄
-------------------

伺日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	次長	係
決裁日	令和 年 月 日				
支給額	円	支給期間			
資格	取得 平・令 年 月 日 令和 年 月 日~令和 年 月 日(日間) 喪失 令和 年 月 日 令和 年 月 日~令和 年 月 日(日間)				
標準報酬月額	千円	令和 年 月 日~令和 年 月 日(日間) 計 日間			
備考					

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および賃金支払状況等を記入してください。

勤務状況(出勤は○、欠勤は×、有給は有、公休は休でそれぞれ表示してください。)		出勤	有給
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
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
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 ( )
支給した(する)賃金内訳	期間 単価 月 日 日分 月 日 日分 月 日 日分	支給額	支給額 支給額
基本給			
通勤手当			
家族手当			
手当			
手当			
手当			
現物給与			
計			
上記のとおり相違ないことを証明します。		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		TEL: ( )	

労務に服することができなかった期間の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。

患者氏名			
傷病名	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日		
療養の給付開始年月日(初診日)	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日		
発病または負傷の年月日	年 月 日		
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		
入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
療養費の別	健保 自費 公費( ) その他		
転帰	治癒 繰越 中止 転医		
診療実日数	診療日を○で囲んでください 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 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		
労務不能と認められた期間中における「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)		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	人工透析を実施または人工臓器を装着した日 令和 年 月 日	人工臓器等の種類	ア.人工肛門 オ.人工透析 イ.人工関節 ウ.人工骨頭 エ.心臓ペースメーカー カ.その他 ( )
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日			
医療機関所在地			
医療機関名称			
医師氏名 TEL: ( )			

令和 年 月分 療養日誌

(傷病手当金支給申請書添付書類)

記号		番号		被保険者氏名	
傷病名	1)			診療中の 医療機関名	
	2)				
	3)				

1. 申請期間中に医師から療養のうえでどのような指示を受けていたか、記入してください。

---



---

2. 申請期間中の自宅療養の内容、自覚症状(発熱、痛み等)、受診・服薬の有無を記入してください。

日	自宅療養の内容・症状	受診の有無	服薬の有無	日	自宅療養の内容・症状	受診の有無	服薬の有無
1				17			
2				18			
3				19			
4				20			
5				21			
6				22			
7				23			
8				24			
9				25			
10				26			
11				27			
12				28			
13				29			
14				30			
15				31			
16							

記入上の注意 1. 入院以外の労務不能(傷病手当金申請)期間は、全期間記入してください。

2. 受診及び服薬をした日には○印を付けてください。

健康保険 傷病手当金支給申請書

記入例

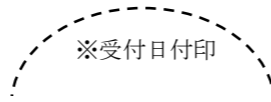
注意事項

障害・病事... 欄は記入してください。...

被保険者情報, 住所, 傷病名, 発病又は負傷原因, 療養のため休んだ期間, 報酬の支払を受けた(受けられる)ときはその報酬の額と報酬支払いの基礎となった(なる)期間, 障害厚生年金または障害手当金を受給していますか, 資格喪失者及び任意継続被保険者の方

令和 6 年 12 月 1 日 提出

委任状, 所在地名称氏名, 被保険者氏名



被保険者が資格喪失後請求の場合記入, 支払金融機関名, 預貯金口座, 預貯金口座名義人

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

支給決定書, 伺日, 決裁日, 支給額, 資格取得喪失, 標準報酬月額, 備考

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および賃金支払状況等を記入してください。

勤務状況表, 給与の種類, 賃金計算, 事業主欄, 事業所所在地, 事業所名称, 事業主氏名

労務に服することができなかった期間の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。

療養担当者記入欄, 患者氏名, 傷病名, 発病または負傷の年月日, 労務不能と認められた期間, 入院期間, 診療実日数, 療養の給付開始年月日, 発病または負傷の原因, 療養費の別, 人工透析を実施または人工臓器を装着したとき, 医療機関所在地, 医療機関名称, 医師氏名

(傷病手当金支給申請書添付書類)

『傷病手当金支給申請書』に添付してご提出ください。

記号	901	番号	884	被保険者氏名	組合 花子
傷病名	1) 鎖骨骨折 2) 左肩打撲 3) 左足関節捻挫			診療中の 医療機関名	〇〇〇〇病院

1. 申請期間中に医師から療養のうえでのどのような指示を受けていたか、記入してください。

2. 申請期間中の自宅療養の内容、自覚症状(発熱、痛み等)、受診・服薬の有無を記入してください。

日	自宅療養の内容・症状	受診の有無	服薬の有無	日	自宅療養の内容・症状	受診の有無	服薬の有無
1				17	天気が悪く冷えるのか、身体中が痛い。一日家でゆっくり過ごした。		○
5	身体全体が痛くて起き上がることが出来ない。			21	午前中はリハビリを兼ねて家の掃除をした。		○
6							○
7	身体が来ない。					○	○
8	身体が来ない。		○	24			○
9	一日中横になっていた。身体を動かすと痛みがある。		○	25	天気が悪く冷えるのか、身体中が痛い。		○
10	起き上がって家の中を歩いてみた。		○	26	午前中はリハビリを兼ねて家の掃除をした。		○
11	朝から身体全体が痛くて、一日中横になっていた。		○	27	午後になると肩が痛み、鎮痛剤を服用した。		○
12	家族に連れて行ってもらい、病院を受診した。	○	○	28	昨日に引き続き肩が痛むので、鎮痛剤を服用した。		○
13	動けるようになってきたが、一日の大半は横になって休んでいた。		○	29	近所のスーパーに出かけた。スムーズに歩けるようになってきた。		○
14	階段の上り下りが痛くて困難。夜中に肩の痛みで目が覚める。		○	30	家族に連れて行ってもらい、病院を受診した。	○	○
15	家族に連れて行ってもらい、病院を受診した。	○	○	31	天気が悪かったので、家でゆっくり過ごした。		○
16	ゆっくり近所を歩いた。足の痛みは少しずつ良くなってきている。		○				

記入上の注意 1. 入院以外の労務不能(傷病手当金申請)期間は、全期間記入してください。  
2. 受診及び服薬をした日には○印を付けてください。