

# 傷病手当金支給申請書 記入例

被保険者の方へ

健康保険 傷病手当金支給申請書 第 1 回目

1枚目

申請回数を記入してください

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） が 記 入 す る 欄	1	健康保険の 記号と番号	記号 8888	番号 8888	2	事業所名称	株式会社〇△□
	3	被保険者 (申請者)の氏名	健保 太郎		4	被保険者 (申請者)の住所	〒 000 - 0000 東京都〇〇区〇〇
		生年月日	昭和(平成) △△年△△月△△日	日中の連絡先(住宅・勤務先・携帯)		000 - 0000 - 0000	
	5	資格取得日	昭和(平成) △△年△△月△△日	6	あなたの仕事内容 (具体的)	機械オペレーター	
	7	傷病名	1) うつ病		発病または 負傷年月日	平成 △△年△△月△△日	5 年 4 月 頃 日
			2)		発病または 負傷年月日	平成 △△年△△月△△日	年 月 日
			3)		発病または 負傷年月日	平成 △△年△△月△△日	年 月 日
	8	傷病の原因 (該当項目に☑を記入してください)	<input checked="" type="checkbox"/> 病気 ⇒ 令和5年4月頃から頭痛や吐き気が続くようになった <input type="checkbox"/> 外傷 ⇒ 第1回目申請時に「負傷の原因について(回答書)」を添付してください <small>※第三者行為・交通事故による傷病の場合は申請前に組合にご連絡ください</small>				
	9	療養のために休んだ期間 (申請期間) <small>※公休日を含めて暦日で記入してください</small>	令和 5 年 5 月 29 日 から		28 日間 令和 5 年 6 月 25 日 まで		
	10	申請期間中の療養状況	⑩-1 申請期間中の病状を詳しく記入してください 頭痛や吐き気に襲われるため、自宅で安静に過ごしていました ⑩-2 申請期間中の医師からの治療に関する指示内容を記入してください お薬の服用を忘れないこと。仕事のことは考えず安静にすること。 月1回の受診を指示されている。				
	11	今回の申請は労災保険から休業補償を受けている期間のものですか (該当項目に☑を記入してください)	<input checked="" type="checkbox"/> いイエ <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 受給中		請求先 (請求中・受給中の場合)	労働基準監督署	
	12	障害厚生年金または障害手当金を受給していますか (該当項目に☑を記入してください)	<input checked="" type="checkbox"/> いイエ <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 受給中		傷病名 (請求中・受給中の場合)		
	13	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 (該当項目に☑を記入してください)	<input checked="" type="checkbox"/> いイエ <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 受給中		⑭ 介護保険法のサービスを受けたとき	保険者番号	被保険者番号
	15	振込口座	金融機関名称	フリガナ 〇〇〇	フリガナ 〇〇〇	普通	口座番号
			金融機関コード	△△△	店番コード	△△△	当座
	16	委任状	給付金に関する受領を代理人に委任する場合は委任状を記入してください				
私は本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します 住所 〒 被保険者(申請者)氏名 〇							
	受取代理人の氏名	〒	住所	委任者との関係 (〇で記入してください)	・雇用主	・その他( )	

- 健康保険の記号と番号を記入してください  
※退職後の申請の場合は、在職時の記号と番号を記入してください
- 被保険者の氏名を記入してください
- ※被保険者が亡くなられて、相続人の方(申請者)が申請される場合は申請される方の氏名・生年月日、④住所・連絡先を記入してください
- 組合から連絡する場合がありますので、日中連絡のつく電話番号を記入してください
- 仕事の内容は、具体的に記入してください
- 【傷病名】療養担当者が意見を記入する欄の⑩傷病名を記入ください  
【発病または負傷年月日】傷病について、発病した日またはケガをした日を記入してください
- 発病した時の状況(いつ頃から、どのような症状、起因など)を詳しく記入してください  
傷病が外傷(けが)による場合は「負傷の原因について(回答書)」に状況を詳しく記入してください  
※回答書は組合ホームページの申請書一覧から印刷してください
- 申請期間は給与の締日を区切りとしひと月ごとに申請してください  
※⑩申請期間と⑫療養担当者が労務不能と認めた期間は原則一致する必要があります
- 1 申請期間中の病状を詳しく記入してください  
2 医師からの治療に関する指示内容(受診回数、薬の服用についてなど)を記入してください
- 障害厚生年金または障害手当を受給中の場合は、①年金証書の写しと②年金額改定通知書及び直近の年金振込通知書の写しを添付してください
- 老齢または退職を事由とする公的年金を受給中の場合は、退職後も継続して傷病手当金を申請するときに限り、①年金証書の写しと②年金額改定通知書及び直近の年金振込通知書の写しを添付してください
- 振込口座は被保険者(申請者)名義の口座を記入してください  
⑯委任状欄に記入をした場合は、代理人名義の口座を記入してください
- 給付金に関する受領を代理人に委任する場合のみ記入してください  
なお、被保険者(申請者)の押印が必要です

# 傷病手当金支給申請書 記入例

事業主の方へ

		2枚目 (3枚1組)			
健康保険 傷病手当金支給申請書					
①	健康保険の 記号と番号	記号 8888	番号 8888		
	被保険者の氏名	健保 太郎			
19	労務に服さな かった期間 <small>※公休日を含めて 暦日で記入してくだ さい</small>	令和 5 年 5 月 29 日 から	出勤 0 日		
		令和 5 年 6 月 25 日 まで	28 日間		
20	上記の期間に対して賃金を支給しま したか？(○で囲んでください)	はい ⇒ ②に内訳を 記入ください	いいえ		
		賃金 計算	賃金締日と 支払日		
22	支給した賃金	賃金締日と 支払日	25 日		
		勤怠締日と 控除日	25 日		
		当月 翌月	未 日		
		当月 翌月	未 日		
		支給期間	5 月 26 日から 6 月 25 日まで	支給期間	1 月 1 日から 6 月 30 日まで
		支給額	57,155 円	支給額	
		基本給	<input type="checkbox"/> 全額支給 <input checked="" type="checkbox"/> 一部支給	57,155 円	<input type="checkbox"/> 全額支給 <input type="checkbox"/> 一部支給
		通勤手当	<input type="checkbox"/> 全額支給 <input type="checkbox"/> 一部支給	60,000 円	<input type="checkbox"/> 全額支給 <input type="checkbox"/> 一部支給
		現物給与	<input type="checkbox"/> 全額支給 <input type="checkbox"/> 一部支給		<input type="checkbox"/> 全額支給 <input type="checkbox"/> 一部支給
		計	57,155 円	60,000 円	
報酬が一部支給の場合(日割支給・ 欠勤控除)が行われている場合は算 出式を記入してください		基本給 300,000円÷21日×17日(基本給÷所定労働日数×欠勤日数) 通勤手当はR5.12月の給与で6か月分支給済み。欠勤控除なし			
②	給与の種類 (○で囲んでください)	月給 ・ 日給月給 ・ 歩合給 ・ 日給 時間給( 円 ) ・ その他 ( )	④ 復職 状況		
⑤	持株会奨励金制度を導入している場合報酬に含めていますか (○で囲んでください)	はい ⇒ 報酬となりますので支給している場合②に記入ください いいえ	未復職 復職 ( 月 日 )		
27	上記のとおり相違ないことを証明します		担当者氏名		
	令和 5 年 7 月 3 日 <small>※ ②は①「労務に服さなかった期間」の賃金支払日経過後に記入してください</small>	連絡先 ☎	000-0000-0000		
⑥	事業所所在地	〒 000-0000 東京都〇〇区〇〇〇〇			
	事業所名称	株式会社〇△□			
	事業主氏名	〇〇 〇〇〇			
社会保険労務士の 提出代行者					

- 19 被保険者が傷病の療養のため休んだ期間(被保険者の申請期間)を公休日を含めて記入してください
- 20 この期間、出勤や有給がある場合はその日数を記入してください
- 21 ①の期間に基本給のほか手当などの支給がある場合は「はい」を○で囲んでください
- 22 賃金計算の締日及び支払日(勤怠締日と控除日)を記入してください
- 23 ②で「はい」とした場合、賃金計算期間における支給状況を記入してください  
賃金の計算方法や欠勤控除の計算方法などを記入してください
- 24 欠勤控除日が翌月以降の場合は、欠勤控除をした月までの賃金台帳を添付してください
- 25 通勤手当について、当月以前に支給済みの場合は支給した月の賃金台帳を添付してください
- 26 ①の期間の賃金支払日経過後に記入をしてください

## 【添付書類】

- 第1回目申請時 「賃金台帳」及び「出勤簿」の写し
- 第2回目以降の申請 添付書類はありません
- ※ただし、次の(1)~(4)に該当する場合は、その期間を含む「賃金台帳」及び「出勤簿」の写しが必要です
- (1)申請期間に給与を支給したとき(有給、手当など)
- (2)申請期間が給与の締日と一致していないとき
- (3)復職前までの申請のとき
- (4)退職日までの申請のとき

# 傷病手当金支給申請書 記入例

健康保険 傷病手当金支給申請書			3枚目 (3枚1組)		
29	患者氏名	健保 太郎			
29	傷病名	(1) うつ病	療養の給付開始年月日(初診日)	平成(令和) 5 年 4 月 28 日	
		(2)	療養の給付開始年月日(初診日)	平成 令和 年 月 日	
		(3)	療養の給付開始年月日(初診日)	平成 令和 年 月 日	
29	発病または負傷の年月日	平成・(令和) 5 年 4 月 頃 日 (発病) 負傷			
29	発病または負傷の原因	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○			
32	労務不能と認められた期間	令和 5 年 5 月 29 日 から 28 日間 令和 5 年 6 月 25 日 まで ※公休日を含めて暦日で記入してください ※当該者が②の傷病により療養のため労務に就くことが不能であると認められた期間をご記入ください			
療養担当者が意見を記入する欄	32	診療日数	2 日	診療日を○で囲んでください。 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 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	
		②のうち入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間		
		⑤手術年月日	令和 年 月 日	⑥療養費用の別	(健保) 国保 ・ その他( )
療養担当者が意見を記入する欄	38	1. 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」等詳しくご記入ください ○○ ○○○○○○○○			
		2. 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 ○○ ○○○○○○○○			
38	人工透析を実施または人工臓器の装着日	平成・令和 年 月 日	人工臓器等の種類 (○で囲んでください)	人工肛門・人工関節・人工骨頭・人工透析 心臓ペースメーカー・その他( )	
41	上記のとおり相違ありません。 証明日 令和 5 年 6 月 28 日				
41	医療機関の所在地	〒○○○-○○○○ 東京都○○○区○○○○○			
41	医療機関の名称	○○○病院			
41	医師の氏名	○○○ ○○	電話番号 000-0000-0000		
※不正受給防止の観点から医療機関の名称・所在地はゴム印(スタンプ等)をご使用ください					

- 療養担当者の方へ
- 29 労務不能と認められる傷病名を記入してください
  - 32 治療期間ではなく、療養のため労務ができなかったと認められる期間を記入してください
  - 38 1 症状及び経過、治療内容・検査結果・指導内容等を詳しく記入してください  
2 労務不能と認められた医学的な所見を詳しく記入してください
  - 41 ③の労務不能と認められた期間以降に証明をしてください