

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

◎医師の証明がない期間の請求は受付しておりません。  
◎被保険者（本人）が療養のため休んだ期間（請求期間）と療養担当者が労務不能と認める期間は、同一の期間を記入してください。

被保険者（本人）が記入するところ	被保険者記号・番号	記号	番号	事業所名称				
	被保険者氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	住所	〒 - ( )						
	TEL(日中の連絡先)	( )						
	記号・番号に代えてマイナンバーで申請する場合は、被保険者のマイナンバーを記入してください。 マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、本人確認のための添付書類が必要となります。							
	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							
	傷病名	1)			発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
		2)			発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
		3)			発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
	該当の傷病は病気ですか、ケガ(負傷)ですか。		<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ →		ケガの場合は負傷原因を詳しくご記入ください。 (いつ・どこで・どんなふう)			
	療養のため休んだ期間(請求期間)		令和 年 月 日	から	令和 年 月 日	日間		
	上記期間において報酬の全部または一部を受けた、または受けることができるとき、その報酬額及び期間		報酬額	円				
	障害厚生年金または障害手当金の受給状況		<input type="checkbox"/> 1. 受給中 <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. 受給しない		受給要因となった傷病名			
			<input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 2. 障害手当金		支給開始年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
			年金額	円	基礎年金番号 年金コード			
退職又は退職を事由とする公的年金の受給状況		<input type="checkbox"/> 1. 受給中 <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. 受給しない						
		年金の名称		支給開始年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日		
		年金額	円	基礎年金番号 年金コード				
傷病手当金の振込口座		銀行 金庫 農協		支店・出張所 支店・営業部	支店コード			
		預金種別	普通・当座	口座番号	口座名義 (かかけ記入)			

※初回の請求には「傷病手当金請求に伴う状況報告書兼同意書」を添付してください。 1/2  
 ※年金等を受給している方は年金の裁定通知書、改定通知書、振込通知書など受給額がわかる書類のコピーを添付してください。  
 ※退職後の請求をする方は「失業給付受給に関する誓約（同意）」及び離職票1.2コピー又は雇用保険受給延長通知書コピーを添付してください。 受付日付印

確認欄 (印をつけてください)	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
-----------------	--

委任状	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 _____ 代理人事業所名 _____ " 氏名 _____
-----	---

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

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をご記入ください。

出勤簿及び給与明細書（賃金台帳）写しを添付してください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名																			担当者氏名															
	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					
	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	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	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	日	日
	上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支払状況		年	月	日	～	年	月	日分	円	月	日払																							
			年	月	日	～	年	月	日分	円	月	日払																							
			年	月	日	～	年	月	日分	円	月	日払																							
	給与の種類		月給・日給・日給月給・時間給・歩合給・その他( )																																
	通常支払われる賃金の	基本給月額	円		(欠勤控除の計算方法を記入してください。)																														
	通勤手当月額	円																																	
	その他手当	円																																	
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日																																			
事業所所在地																																			
事業所名称																																			
事業主氏名																																			
T E L																																			

療養担当者が記入するところ	傷病名	1)																			療養の給付開始年月日(初診日)	1)	令和	年	月	日								
		2)																				2)	令和	年	月	日								
		3)																				3)	令和	年	月	日								
	発病または負傷の年月日	令和	年	月	日	発病・負傷	発病または負傷の原因																											
	労務不能と認められた期間(証明日以前の期間)	令和	年	月	日から	日間			令和	年	月	日まで																						
	上記のうち入院期間	令和	年	月	日から	日間	手術年月日	令和	年	月	日																							
		令和	年	月	日まで	入院	退院年月日	令和	年	月	日																							
	診療実日数及び診療日	日	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（詳しく）																																		
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																																		
医療機関の名称																																		
医師の氏名																																		
T E L																																		