



# Q

健康保険の傷病手当金支給申請書の記入方法を教えてください。



# A

病気やケガの原因が業務中以外で会社を休み、事業主から報酬が受けられない場合に支給されるのが傷病手当金です。今回は、傷病手当金支給申請書が変わったので申請書の書き方をご説明します。

1ページ目は申請者の名前などの属性と傷病手当金の受給振込先金融機関口座を記載します。

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					
記入方法および添付書類等については、「健康保険 傷病手当金 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。 届書(申請書)は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ					
被保険者(申請者)情報	被保険者証の (左づめ)	記号	番号	生年月日	年 月 日
	氏名・印	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成
	住所	(〒 - )	都 道 府 県	自署の場合は押印を省略できます。	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )			
振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )		本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	左づめでご記入ください。	
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)			口座名義の区分



2頁は療養した病名、療養した期間を記載します。それ以外に療養期間中に給料・報酬を受けたか、他の社会保険給付制度の障害厚生年金、老齢基礎年金、労災、介護サービスを受けているかを記載します。

### 2頁目

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					
<b>病名記載</b>		<b>病気・ケガの初診日</b>			
申請内容	1) ●●●●●病	平成 26 年 5 月 26 日	2) 初診日		
	2)	平成 年 月 日			
	3)	平成 年 月 日			
3	該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (発病時の状況) <input type="checkbox"/> 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください			
4	療養のため休んだ期間(申請期間)	(平成) 年 月 日 から 日数 全 日間 26 0 6 0 / 26 0 8 3 / まで			
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)				
確認	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 checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 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。	平成 年 月 日 から	報酬額	円	
		平成 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 checked="" type="checkbox"/> 1. はい → <input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ			
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等をご記入ください。 (「請求中」と答えた場合は、傷病名・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	円
		支給開始年月日	昭和 年 月 日	年金額	円
		平成 年 月 日			
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。	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ			
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。 (「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみをご記入ください。)	基礎年金番号	年金コード	円	
		支給開始年月日	昭和 年 月 日	年金額	円
		平成 年 月 日			
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	

「健康保険傷病手当金支給申請書記入の手引き」の添付書類をご用意ください。および「支給期間と支給額」をご確認ください。

休んだ期間に給料・報酬を受けたかを記載します

2以降は公的保障の受給を記載します



3頁目は出勤状況と給料・報酬支払状況を記載します。

出勤、有給、欠勤を記載します。  
この方は3カ月間欠勤だったのですべての日に / と記載されています

### 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および賃金支払状況等をご記入ください。

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。

平成 26年 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	計	出勤	有給
平成 26年 7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	0日	0日
平成 26年 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	計	0日	0日

上記の期間に対して、賃金を支払しました(します)か?  はい  いいえ

給与の種類  月給  時間給  日給  歩合給  日給月給  その他

賃金計算 締日 平成 26年 8月 31日 支払日  当月末日  翌月末日

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支払状況をご記入ください。

区分	単価	月 日		月 日		月 日		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。
		～	月 日	～	月 日	～	月 日	
支給した(する)賃金内訳								
基本給								
通勤手当								
住居手当								
扶養手当								
手当								
手当								
現物給与								
計								

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支払状況をご記入ください。

事業所 給料・報酬支払状況を記載します。この方は会社から給料は出なかったため記載なしです

4頁目は病院が記載します。

### 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

療養担当者が見解を記入する欄

患者氏名

傷病名 (1) (2) (3)

療養の給付開始年月日 (初診日) (1)平成 年 月 日 (2)平成 年 月 日 (3)平成 年 月 日

発病または負傷の年月日 平成 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 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間

うち入院期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間

療養費用の別  健保  公費( )  転帰  治癒  中止  自費  その他  繰越  転医

診療日数 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 日: 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 平成 年 月 日 退院年月日 平成 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 人工透析の実施または人工臓器を装着した日 平成 年 月 日 人工臓器等の種類  人工肛門  人工関節  人工骨頭  心臓ペースメーカー  人工透析  その他( )

上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日

医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 印 電話 ( )

