

健康保険 傷病手当金 支給申請書

(被保険者記入用)

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称	
	氏 名	(フリガナ)		生年月日	年 月 日
	住 所	〒 ー		電話番号 (日中の連絡先)	()
				提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は ☒)

※給付金の振込先は、被保険者口座または勤務先のいずれかになります。
被保険者口座に給付金の振込みを希望する場合は「振込先」欄を記入のうえ、通帳の写しまたは、キャッシュカードの写しを添付してください。
勤務先に給付金の受け取りを委任する場合は「委任状」欄を被保険者と受任者がそれぞれご記入ください。

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	

委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。	令和 年 月 日
	受任者 (事業主)	氏 名 住 所 事業所名 氏 名	

申請内容	傷 病 名	1)		発病又は 負傷年月日	年 月 日	
		2)			年 月 日	
		3)			年 月 日	
	発病時の状況 又はケガの原因 (詳しくご記入ください)	注: 申請2回目以降は、療養のために休んだ期間における傷病の状態を記入してください。				
	仕事の内容(具体的に)				退職日以降の期間を申請する場合は、 退職前の業務内容をご記入ください。	
	療養のため休んだ期間 (申請期間)	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間			
	障害厚生年金又は障害 手当金を受給していま すか。	はい 請求中 いいえ	「はい」「請求中」の場合、 受給の要因となった傷病 名と基礎年金番号等	傷病名 基礎年金番号	年金の 種類	☐ 障害厚生年金 ☐ 障害手当金 年金額 円
	《退職した方》 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。	はい 請求中 いいえ	「はい」「請求中」の場合、 年金の名称や基礎年金番 号等	年金の名称 基礎年金番号	年金額 円	
労災保険から休業補償 給付を受けていますか。	はい 請求中 いいえ	「はい」「請求中」の場合、 請求先の労働基準監督署	労働基準監督署			

この申請書は3枚1セットです。2枚目「事業主記入用」、3枚目「医師等記入用」も必ずご提出ください。

同意欄	この申請に係る健保組合からの問合せを事業所の担当者を通じて行うことに同意します。 被保険者(申請者)氏名
-----	---

受付日付印

※訂正される場合は、各記載者が訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と各記載者の氏名(サイン)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												
労務に服することができなかった期間	年	月	日	から	出勤	有給	この期間に対し賃金を支給しました(します)か。					
	年	月	日	まで	日間	日	日	☐ はい ☐ いいえ				
被保険者の	給与の種類	☐ 月給 ☐ 日給 ☐ 時間給 ☐ 歩合給 ☐ その他()			賃金計算	締日	日	支払日	☐ 当月 ☐ 翌月	日		
上記の期間に対して、報酬の全部又は一部支給した(する)場合		年	月	日	～	年	月	日	日間	円		
		年	月	日	～	年	月	日	日間	円		
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	
所在地												
事業所名称												
事業主氏名												
電話番号 ()												

事業主のみなさまへ

※第1回目の申請書には、「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを添付してください。
なお、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等を添付してください。
※訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記載者の氏名(サイン)をご記入ください。

記入例

事業主が証明するところ

被保険者氏名	健保 太郎																		
1 労務に服することができなかった期間	2025	年	3	月	1	日	から	2	出勤	有給	3 この期間に対し賃金を支給しました(します)か。								
	2025	年	3	月	15	日	まで	15	日間	0	日	1 日 ☒ はい ☐ いいえ							
被保険者の	4 給与の種類	☒ 月給 ☐ 日給 ☐ 時間給 ☐ 歩合給 ☐ その他()			5 賃金計算	締日	末	日	支払日	☒ 当月 ☐ 翌月	25 日								
6 上記の期間に対して、報酬の全部又は一部支給した(する)場合	基本給	2025	年	3	月	3	日	～	2025	年	3	月	3	日	3	日間	15,000	円	300,000÷20日×1日 (日額15,000円)
	通勤手当	2025	年	3	月	1	日	～	2025	年	8	月	31	日		日間	60,000	円	6か月分支給 欠勤控除なし
	住宅手当	2025	年	3	月	1	日	～	2025	年	3	月	31	日	31	日間	20,000	円	欠勤控除なし
上記のとおり相違ないことを証明します。										令和 7 年 3 月 1 日	担当者氏名	〇〇 〇〇							
所在地													東京都墨田区△△ 1-2-3						
事業所名称													〇〇〇〇 株式会社						
事業主氏名													〇〇 〇〇						
電話番号													△△ (□□□□) ××××						

- 1 被保険者が傷病のため休んだ期間をご記入ください。（被保険者の申請期間）和暦西暦どちらの表記でも可。
- 2 1の期間のなかで、出勤や有休がある場合は、その日数をご記入ください。
- 3 1の期間に、基本給のほか各種手当などの支給がある場合は、「はい」にチェックを入れてください。
- 4 給与の種類について、該当する種類を選んでください。
- 5 賃金計算の締日及び支払日をご記入ください。
- 6 3で「はい」とした場合、賃金計算期間における基本給や各種手当などの支給状況をご記入ください。
また、賃金の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などをご記入ください。

医師等 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)	1)	年	月	日				
		2)							2)	年	月	日				
		3)							3)	年	月	日				
	発病又は 負傷年月日	年	月	日	☐ 発病 ☐ 負傷	発病又は 負傷の原因										
	労務不能と 認めた期間	年	月	日	から							年	月	日	まで	日間
					診療実日数		日（労務不能期間中の診療日数）									
	うち入院期間	年	月	日	から	転 帰	☐ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 転医									
					年									月		日
	主たる症状及び経過（できる限り詳しくご記入ください。）															
この期間の 傷病状態																
この期間の 治療状況																
前月の症状 との比較																
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所見（必ずご記入ください。）																
人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき						記載内容について相違ありません。 令和 年 月 日										
人工透析の実施日又は人工臓器を装着した日 令和 年 月 日						所在地										
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（ ）						医療機関名										
						医師氏名										
						電話番号（ ）										

※ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名（サイン）をご記入ください。