

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

1

2

3

4

ページ

被保険者記入用

傷

被保険者が病気やケガのため仕事に就くことができず、給与が受けられない場合の生活保障として、給付金を受ける場合にご使用ください。  
なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者(申請者)情報	記号・番号	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 1.昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 2.平成 3.令和
	氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>		
	氏名	※申請者はお勤めされている(いた)被保険者です。 被保険者がお亡くなりになっている場合は、 相続人よりご申請ください。		
	郵便番号 (ハイフン除く)	<input type="text"/>	電話番号 (左づめハイフン除く)	<input type="text"/>
住所	<input type="text"/>			

振込先指定口座	振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。			
	金融機関名称	<input type="text"/>	支店名	<input type="text"/>
	預金種別	<input type="text"/> 普通預金	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/>

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。  
ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

2 ページ目に続きます。 &gt;&gt;&gt;

被保険者の記号・番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。  
(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の  
提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者)	<input type="text"/>	1. 記入有 (添付あり) 2. 記入有 (添付なし) 3. 記入無 (添付あり)				
添付書類	職歴	<input type="text"/> 1. 添付 2. 不備	年金	<input type="text"/> 1. 添付 2. 不備	労災	<input type="text"/> 1. 添付 2. 不備
	戸籍 (法定代理)	<input type="text"/> 1. 添付	口座証明	<input type="text"/> 1. 添付		
	その他	<input type="text"/> 1. その他	(理由)			枚数

受付日付印

(2024.12)



全国健康保険協会  
協会けんぽ

1 / 4

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 ページ

被保険者記入用

被保険者氏名

申請内容

① 申請期間  
(療養のために休んだ期間)

令和   年   月   日 から  
令和   年   月   日 まで

② 被保険者の仕事の内容  
(退職後の申請の場合は、退職前の仕事の内容)

③ 傷病名

☐ 療養担当者記入欄(4ページ)に記入されている傷病による申請である場合は、左記に☑を入れてください。  
別傷病による申請を行う場合は、別途その傷病に対する療養担当者の証明を受けてください。

④ 発病・負傷年月日

☐ 1.平成   年   月   日  
2.令和   年   月   日

⑤-1 傷病の原因

☐ 1. 仕事以外(業務外)での傷病  
2. 仕事(業務上)での傷病  
3. 通勤途中での傷病 } → ⑤-2へ

⑤-2 労働災害、通勤災害の認定を受けていますか。

☐ 1. はい  
2. 請求中(  労働基準監督署 )  
3. 未請求

⑥ 傷病の原因は第三者の行為(交通事故やケンカ等)によるものですか。

☐ 1. はい  
2. いいえ 「1. はい」の場合、別途「第三者行為による傷病届」をご提出ください。

確認事項

① 報酬  
①-1 申請期間(療養のために休んだ期間)に報酬を受けましたか。

☐ 1. はい → ①-2へ  
2. いいえ

①-2 ①-1を「はい」と答えた場合、受けた報酬は事業主証明欄に記入されている内容のとおりですか。

☐ 1. はい  
2. いいえ → 事業主へご確認のうえ、正しい証明を受けてください。

②-1 障害年金、障害手当金について  
今回傷病手当金を申請するものと同一の傷病で「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。(同一の傷病で障害年金等を受給している場合は、傷病手当金の額を調整します)

☐ 1. はい → ②-3へ  
2. いいえ

「1. はい」の場合 →

②-2 老齢年金等について  
※退職等による健康保険資格の喪失後の期間について、傷病手当金を申請する場合はご記入ください  
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。(公的年金を受給している場合は、傷病手当金の額を調整します)

☐ 1. はい → ②-3へ  
2. いいえ

「1. はい」の場合 →

②-3 ②-1または②-2を「はい」と答えた場合のみ、ご記入ください。

基礎年金番号      -        
年金コード      
支給開始年月日 1.平成   年   月   日  
2.令和   年   月   日  
年金額         円(右づめ)

③ 労災補償  
今回の傷病手当金を申請する期間において、別傷病により、労災保険から休業補償給付を受給していますか。

☐ 1. はい  
2. 請求中(  労働基準監督署 )  
3. いいえ

「1. はい」の場合 →  
「2. 請求中」の場合 →

「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。

「事業主記入用」は3ページ目に続きます。 >>>

6 0 1 2 1 1 0 1

健康保険 傷病手当金 支給申請書

事業主記入用

労務に服することができなかった期間(申請期間)の勤務状況および賃金支払い状況等をご記入ください。

被保険者氏名  
(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。

勤務状況 2ページの申請期間のうち出勤した日付を【○】で囲んでください。「年」「月」については出勤の有無に関わらずご記入ください。

令和

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

令和

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

令和

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

2ページの申請期間のうち、出勤していない日(上記【○】で囲んだ日以外の日)に対して、報酬等(※)を支給した日がある場合は、支給した日と金額をご記入ください。

※有給休暇の場合の賃金、出勤等の有無に関わらず支給している手当(扶養手当・住宅手当等)、食事・住居等現物支給しているもの等

例

令和

0

5

年

0

2

月

0

1

日

から

0

5

年

0

2

月

2

8

日

3

0

0

0

0

0

円

①

令和

年

月

日

から

年

月

日

円

②

令和

年

月

日

から

年

月

日

円

③

令和

年

月

日

から

年

月

日

円

④

令和

年

月

日

から

年

月

日

円

⑤

令和

年

月

日

から

年

月

日

円

⑥

令和

年

月

日

から

年

月

日

円

⑦

令和

年

月

日

から

年

月

日

円

⑧

令和

年

月

日

から

年

月

日

円

⑨

令和

年

月

日

から

年

月

日

円

⑩

令和

年

月

日

から

年

月

日

円

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和

年

月

日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

6

0

1

3

1

1

0

1

「療養担当者記入用」は4ページ目に続きます。>>>

全国健康保険協会  
協会けんぽ

3 / 4

## 療養担当者記入用

療養担当者が意見を記入するところ