

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

申請内容	1 傷病名	1) 2) 3)	2 発病 または 負傷 年月日	令和 令和 令和	年 年 年	月 月 月	日 日 日
	3 該当の傷病は病気（疾病）ですか、ケガ（負傷）ですか。	☐ 1. 病気 (発病時の状況) ☐ 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）	(令和) 年 月 日 から 日数 まで 日間					
	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）						

確認事項	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。	☐ 1. はい ☐ 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。	令和 令和	年 年	月 月	日 日	から まで	報酬額 円
	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。	☐ 1. はい ☐ 2. 請求中 ☐ 3. いいえ → ☐ 1. 障害厚生年金 2. 障害手当金					
	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 支給開始年月日 円					
	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。 受給している場合、その名称ご記入ください。	☐ 1. はい ☐ 2. 請求中 ☐ 3. いいえ → 名称					
	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、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。	基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 円					
	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	☐ 1. はい ☐ 2. 労災請求中 ☐ 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
	6 失業給付の受給申請はしましたか	☐ 1. はい ☐ 2. 延長手続き済 ☐ 3. いいえ ※上記回答が1. 2. の場合、申請した公共職業安定所名を記入 公共職業安定所					

「事業主記入用」は3ページに続きます。》》》

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

事業主記入用

労務に服さなかった期間を含む勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ

被保険者氏名		
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。		
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	計	
出勤	有給	
日	日	
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	計	
出勤	有給	
日	日	
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	計	
出勤	有給	
日	日	
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	計	
出勤	有給	
日	日	
労務に服さなかった期間		
令和	年	月
日	から	令和
		年
		月
		日まで
日間		
上記の期間中に賃金を全部又は一部支給した（する）場合は支給状況をご記入ください。		
令和	年	月
日	から	令和
		年
		月
		日まで
日間		
円		
月	日	支払
日額		
円		
令和	年	月
日	から	令和
		年
		月
		日まで
日間		
円		
月	日	支払
日額		
円		
令和	年	月
日	から	令和
		年
		月
		日まで
日間		
円		
月	日	支払
日額		
円		
上記のとおり相違ないことを証明する。		
令和		
年		
月		
日		
担当者		
氏名		
事業所所在地		
事業所名称		
事業主氏名		
電話		
()		

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。>>>

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	(1)	平成・令和	年	月	日																	
	(2)											(2)	平成・令和	年	月	日																		
	(3)											(3)	平成・令和	年	月	日																		
発病または負傷の年月日	平成・令和	年	月	日						☐ 発病 ☐ 負傷	発病または負傷の原因																							
労務不能と認めた期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間																									
うち入院期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間	療養費用の別	☐ 健保 ☐ 公費()										☐ 治療 ☐ 中止 ☐ 自費 ☐ その他 転帰 ☐ 繰越 ☐ 転医													
診療実日数	日	診療日を	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
		○で囲んで	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
		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
上記の期間中における「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）※特に精神系疾患の場合は、全ての項目について記入してください。											手術年月日 令和 年 月 日																							
【自覚症状】											退院年月日 令和 年 月 日																							
【他覚症状】																																		
【経過】																																		
【治療内容、投薬内容】																																		
【検査結果】																																		
【療養指導】																																		
症状経過からみて従来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										☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 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。											令和 年 月 日																							
医療機関の所在地																																		
医療機関の名称																																		
医師の氏名											電話 ()																							