

支給支払決議書									
受付年月日	令和 年 月 日	資格取得 年月日	昭平令 年 月 日	常務理事	事務長	担当者			
同年月日	令和 年 月 日								

○社員本人(被保険者)の情報をご記入ください。
○被保険者が亡くなられて申請する場合
・被保険者等の記号・番号、生年月日のみ被保険者の情報を記入し、それ以外は申請する方の情報(氏名、住所、電話番号、振込先指定口座)をご記入ください。
・「権利継承届兼誓約書」(別紙様式)と一緒にご提出ください。
尚、「権利継承届兼誓約書」は4ページ目の末尾記載の【添付書類】をご覧ください。

備考	
----	--

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

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号 2 5 0	番号 1 2 3 4	生年月日 年 月 日 ☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	1 2 3
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ			
	住所	(〒 123 - 4567) ○○都道府県 ○○市○○町○丁目1-2			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 123 (456) 7890			
	☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は ☒)				

振込先指定口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は ☒ 利用しない場合は下記の欄を記入。) (注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。				
	金融機関 名称	宇都宮 ☒ 銀行 ☐ 金庫 ☐ 信組 ☐ 農協 ☐ 漁協 その他 ()			日本橋 ☐ 本店 ☒ 支店 ☐ 出張所 ☐ 本所 ☐ 支所
	預金種別	1 1. 普通 2. 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	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。) ケンポ タロウ			口座名義 の区分 1 1. 申請者 2. 代理人

※口座名義の区分が「2. 代理人」の場合のみ、受取代理人の欄をご記入ください。

受取代理人の欄	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の代理人に委任します。		令和 年 月 日
		氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()	委任者と 代理人との 関係	
		住所 (フリガナ) _____	氏名 _____	

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

※記入例・必要書類はQRコードから確認できます。⇒



受付日付印

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) 鎖骨骨折 2) 3)	2 発病または負傷年月日	令和 4 年 4 月 22 日 令和 年 月 日 令和 年 月 日
	3 該当の傷病は病気（疾病）ですか、ケガ（負傷）ですか。	2 1. 病気	(発病時の状況)	
	「事業主の証明」(3頁)と「療養担当者の意見」(4頁)には、ここに記入した期間に対応する期間について、証明や意見を頂いてください。			
4 療養のため休んだ期間（申請期間）		4 4 2 2 4 5 1 2	から 日数 まで	21 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）	経理担当事務			

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 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 4 年 4 月 16 日 から 令和 4 年 5 月 15 日 まで	報酬額 〇〇〇 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。	傷病名	
	「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	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	年金額 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、その名称をご記入ください。	☐ 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。	基礎年金番号	年金コード	
「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。	支給開始年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	年金額 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	該当する場合のみご記入ください。	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	退職後の申請の場合には毎回必ずご記入ください。 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

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○】

令和 年 月

事業主（お勤め先）の証明を受けてください。

出勤

有給

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

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

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

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

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

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。

(R6.12) 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

療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

年 月 日

年 月 日

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
入院

療養費用の別

☐健保

☐公費()

☐治癒

☐中止

☐自費

☐その他

転帰

☐繰越

☐転医

診療実日数

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

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

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

退院年月日 令和 年 月 日

【自覚症状】

【他覚症状】

【経過】

【添付書類】（※原則、原本です）



・「負傷原因・状況報告書」（ケガによる申請の場合）

← ※QRコード



・「第三者行為による傷病届」「同意書」

（第三者行為によるケガ・病気の場合）※QRコード



・「交通事故証明書」「事故発生状況報告書」（第三者行為が交通事故の場合）

← ※QRコード ※「事故発生状況報告書」※「交通事故証明書」は警察が発行したもの

・「障害厚生年金給付の年金証書」「障害厚生年金給付の額、支給開始年月日を証明する書類および障害厚生年金の直近の額を証明する書類（年金額改定通知書等）」全てコピー可
（障害厚生年金か障害手当金を受給中または請求中の場合）

・「老齢退職年金給付の年金証書」「老齢退職年金給付の額、支給開始年月日を証明する書類および障害厚生年金の直近の額を証明する書類（年金額改定通知書等）」全てコピー可
（老齢または退職を事由とする公的年金を受給している場合）

・「休業補償給付支給決定通知書」コピー可※（労災保険の休業補償給付の受給期間における申請の場合）

・「権利継承届兼誓約書」（被保険者が亡くなられて申請する場合）※QRコード

