傷病手当金支給申請書記入例　１枚目

注）支給の可否については提出された書類の内容を確認の上決定します。

◎ この申請書は２枚一組です。次ページに事業主証明欄、療養担当医師証明欄があります。

1枚目

健康保険 傷病手当金支給申請書（第　　回目）

被保険者が記入すべきところ

① 記号・番号 (A)	記号 ○○○○ 番号 ○○○○	② 被保険者（申請者）の氏名・生年月日	健保　太郎　③ 昭和・平成 ○ 年 1 月 1 日
④ 被保険者（申請者）の住所	（〒169 －8516 ）東京都新宿区百人町○－○－○		TEL 090（○○○○）○○○○ ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。
⑤ 事業所の名称	株式会社○○○○	⑥ あなたの仕事の内容（具体的に）	システムエンジニア
⑦ 傷病名	急性虫垂炎	⑧ 発病または負傷年月日	平成 令和 ○ 年 4 月 6 日頃
⑨ 療養の為休んだ際の傷病の状態を詳 (B)	症状：4/6朝、激しい腹痛・吐き気があり受診したところ急性虫垂炎の診断となりそのまま入院。 医師からの指示等：退院後は激しい運動等は避け、自宅にて安静にするよう指示を受けた。		
⑩ 疾病または負傷の療養をするため休んだ（申請期間） (C)	令和 ○ 年 4 月 6 日 から 令和 ○ 年 4 月 30 日 まで		申請から除く日があればその日付をご記入ください。待期期間は除かないでください。
⑪ 負傷の原因に (D)	☑ 私傷病 □ 第三者行為 □ 交通事故 ＊第三者行為、交通事故による傷病については申請前に求償課にご連絡ください。 □ 労災 ⇒ 労災を受給中または請求中の場合には、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
⑫ 厚生年金保険法による「障害厚生年金」または「障害手当金」について ※未請求の場合は☑不要です。	□ 受給中 □ 請求中（年 月頃申請）	＊「障害厚生年金」「障害手当金」を受給した場合は「年金証書(写)」と「年金振込通知書(写)」等を添付してください。関連の疾病で受給されている場合、傷病手当金との調整対象になります。	
⑬ 上記⑫で「受給中」「請求中」とされた場合の受給の要因となった傷病名及び基礎年金番号・年金額について	傷病名	基礎年金番号	年金額（年額） 円
⑭ 上記⑩の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。（資格喪失者のみ）	□ はい □ いいえ	⑮「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	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 【報酬額】 円
⑯ 老齢年金について（資格喪失者のみ） ※未請求の場合は☑不要です。	□ 受給中 □ 請求中	⑰ 左記⑯で「受給中」「請求中」とされた場合の基礎年金番号・年金額について	基礎年金番号 / 年金額（年額） 円

(E)

⑱ 振込指定口座	□ 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してください。） 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。		
	銀行・信組 / 金庫・農協　〔金融機関コード　　〕	支店 / 出張所　〔店番号　　〕	預金種別：□ 普通 □ 当座 / 口座番号 / 口座名義（カタカナで記入してください。）※ローマ字登録の方はローマ字で記入してください。
◎給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望する）場合は、下記の委任状へ記入してください。			
⑲ 委任状	私は下記の者に給付金の受領に関する権限を委任します。 ※□にチェックを入れてください。 □ 事業主の選定した保険給付金受領代理人（⑱および右欄の受取代理人情報の記入は不要です。） □ その他の受取代理人 被保険者（申請者） 住所 / 氏名	受取代理人情報	代理人住所：（〒　－　） TEL（　） ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。 代理人氏名：フリガナ

◎訂正箇所については、二重線で抹消し正しくご記入のうえ、訂正部分には被保険者本人がサインをしてください。
◎記入方法および添付書類については、別紙「記入上のご注意」を確認してください。

受付日付印（健康保険組合使用欄）

〔備考〕
記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

(A) 記号番号は被保険者証、資格情報のお知らせ又は資格確認書に記載されています。資格喪失後の申請であっても記号番号は**ITS在籍時のもの**を記入してください。
（任意継続でご加入の方は在職時のものを記入してください。）

(B) ⑩欄における期間について「どのような症状が出ていたか」「医師からどのような指示が出ていたか」を**申請の都度**、具体的に記入してください。

(C) 初回の申請時には、申請期間に**待期期間も含めて**記入してください。

(D) ⑪・⑫欄は**申請の都度該当項目にチェックが必要**です。漏れのないようご注意ください。

障害厚生年金を請求中の方は申請時期をかっこ内に記入してください。
年金が遡って支給された場合、傷病手当金との調整対象となるため重複していた期間について傷病手当金をご返納いただく可能性があります。

(E)
●【被保険者への振込を希望】
<公金口座を利用する場合>
⑱欄の「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」にチェックをつけてください。口座情報の記入は不要です。
⑲欄は空欄のままにしてください。

<公金口座を利用しない場合>
⑱欄に口座情報を記入してください。⑲欄は空欄のままにしてください。

●【事業主の選定した保険給付金受領代理人（事業所の登録口座）への振込を希望】
⑲欄「事業主の選定した保険給付金受領代理人」にチェックをつけ、住所、氏名を記入してください。
その際⑱欄の口座情報、受取代理人情報欄は省略できます。

●【その他の受領代理人（事業所の別口座やご家族の口座）への振込を希望】
⑱欄に該当口座を記入してください。⑲欄「その他の受領代理人」にチェックをつけ、住所、氏名を記入し受取代理人情報欄にも必要事項を記入してください。

※資格取得から1年未満の方は、初回の申請時に「取得接近調査書」「傷病手当金同意書」の添付が必要です。
（当組合ホームページよりダウンロードが可能です）

傷病手当金支給申請書記入例　２枚目

傷病手当金支給申請書
（2枚一組での申請になります。）

◎第1回目の申請については、⑳の期間にかかる出勤簿(写)、及び賃金台帳(写)を添付してください。[2回目以降であっても、一部でも報酬の支払があるときまた申請期間が継続していない場合は添付してください。] 給与締日前の提出はできません。

2枚目

事業主が証明するところ

⑳ 労務に（F）かった期間：令和○年 4 月 6 日 から 令和○年 4 月30日 まで 25 日間

㉑ ⑳の期間に対して賃金を支給しました（します）か？：☑ はい　下記に内訳を記入してください。　□ いいえ

⑳の期間の通勤手当について：1か月／3か月／6か月／実費／なし　〔精算済の場合：　月　日以降精算〕

報酬の名称	支給対象期間（有給休暇の場合はその日付）	支給額
有給休暇	4 月 6 日 ～4 月 9 日	単価@7,000円/日
通勤手当	1 月 1 日 ～6 月 30 日	68,920 円
家族手当	4 月 1 日 ～4 月 30 日	15,000 円
	月　日 ～ 月　日	円

※支給・控除額の算出（G）（基本給＋職能手当）÷21×14日（欠勤日数）

●給与締日と支払日を記入してください
締日：末　日　支払日：（当月・翌月）25 日

〔備考〕該当するものを○で囲んでください。
●復職状況：未復職／復職〔　月　日〕
●社会保険料：本人より徴収／事業主が負担（本人負担分）

※⑳の期間に係る報酬(通勤手当含む)に対し日割支給・欠勤控除が行われている場合は算出式を記入してください。または別紙や添付する賃金台帳(写)に記載してください。

（H）

㉒ 上記のとおり相違ないことを証明します。　証明日 令和 ○ 年 5 月 25 日

所在地名称：東京都新宿区西新宿○-○－○
株式会社○○○○
事業主氏名：○○ ○○
TEL：03（○○○○）○○○○

担当者氏名
連絡先TEL　（　　）

療養を担当した医師が意見を記入するところ

㉓ 患者氏名	健保　太郎	㉔ 発病または負傷の年月日	平成・令和 ○年 4 月 6 日
㉕ 傷病名（※(1)から労務不能と認めた主たる病名を記入してください。）	(1) 急性虫垂炎 (2) (3)	㉖ 療養の給付開始年月日（貴院での初診日）	(1) 令和○年4月6日 (2) (3)
㉗ 労務不能と認めた期間	令和 ○年 4 月 6 日 から 令和 ○年 4 月 30 日 まで	㉘ 発病または負傷の原因	
㉙ ㉗の期間中の入院期間	令和 ○年 4 月 6 日 から 令和 ○年 4 月 11 日 まで	手術年月日	令和　年　月　日
		退院年月日	令和　年　月　日

㉚ 診療実日数（入院と通院の合計）：7 日

診療日を○で囲んで下さい

4 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

㉛ ・㉗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）

令和○年4月6日腹痛を主訴に当院初診。
諸検査施行し急性虫垂炎を認め同日入院。

・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

同4月6日腹腔鏡下虫垂切除術施行、術後経過良好のため4月11日退院となった。
退院後も2週間程度の自宅安静を要したため労務は不能であった。

㉜ 人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析を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

㉝ 上記のとおり相違ありません。　証明日 令和 ○ 年 5 月 21 日
＊㉗の労務不能と認めた期間以降に証明をしてください。

医療機関の所在地：東京都新宿区新宿○－○－○
医療機関の名称：○○○病院
医師の氏名：○○ ○○　TEL　03（○○○○）○○○

※医療機関の名称・所在地はゴム印（スタンプ等）を使用してください。

㉓～㉝を被保険者又は第三者が偽造又は改ざんした場合は刑法第百五十九条の私文書偽造等に該当します。

＊療養を担当した医師の方へのお願い
・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、正しい内容と医師の氏名（サイン）をご記入ください。
・㉛は詳しく記入してください。
・㉝医療機関の所在地・名称が手書きの場合、確認させていただいております。

（令和6年12月改）

F

⑳欄は⑩欄と同じ期間を記入してください。

出勤している日がある場合は、証明期間から出勤日を除いた日数を「○日間」と記入したうえで、余白に具体的な出勤日を記入してください。
（例：左記の期間で3日間出勤があった場合「4月6日から4月30日までの22日間、4月14、15、21日出勤」となります。）

G

申請期間の報酬に対し欠勤控除・日割支給が行われている場合はその金額を算出する式を記入してください。
通勤手当の精算が行われている場合にも精算金額の算出式が必要になります。この欄に入りきらない場合は賃金台帳余白や別紙に記入してください。

H

復職状況/社会保険料/は2回目以降の申請の際も毎回該当するものを○で囲んでください。

時給者の場合は時給単価を備考へ記入してください。（賃金台帳に記載がある場合は不要です。）

新卒者である場合もこちらへ「新卒者」と記入してください。新卒者の場合は取得接近調査書・傷病手当金同意書の添付が省略できます。

◇問い合わせ先◇
関東ITソフトウェア健康保険組合　給付課　03-5925-5303