

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。

## 健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 回)

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 記号・番号	記号 番号	② 被保険者 (申請者)の 氏名・生年月日	③ 昭和・平成 年 月 日		
	④ 被保険者 (申請者) の住所	(〒 - )	TEL ( )	※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。		
	⑤ 事業所の 名称		⑥ あなたの仕事の内容 (具体的に)			
	⑦ 傷病名		⑧ 発病または 負傷年月日	平成 年 月 日頃		
	⑨ 療養の為休んだ期間の 傷病の状態を詳しく	症状 : 医師からの 指示等 :				
	⑩ 疾病または負傷の療養 をするため休んだ期間 (申請期間)	令和 年 月 日 から	令和 年 月 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。待期間中は除かないでください。		
	⑪ 発病または 負傷の原因について	<input type="checkbox"/> 私傷病 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 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	
⑱	<input type="checkbox"/> 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。 注) 公金利用に☑があり、かつ下記の欄に口座の記載がある場合は、記載の口座へ振込みを行います。					
振込指定口座	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 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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。	
⑲	○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。					
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。 <input type="checkbox"/> 事業主の選定した保険給付金受領代理人 (☑および右欄の受取代理人情報の記入は不要です。) <input type="checkbox"/> その他の受取代理人	受取代理人情報	代理人住所 フリガナ 代理人氏名	(〒 - )	TEL ( ) ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。	

○訂正箇所については、二重線で抹消し正しく記入のうえ、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。

〔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

受付日付印  
(健康保険組合使用欄)

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、㉔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。

事業主が証明するところ	⑳ 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		●給与締日と支払日を記入してください (当月・翌月)		
	㉑ ㉔の期間に対して賃金を支給しました(します)か?	<input type="checkbox"/> はい 下記に内訳を記入してください。 <input type="checkbox"/> いいえ	㉔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〕			締日 日 支払日 日
	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			単価@ 円/日		
	通勤手当	月 日 ~ 月 日		円		
		月 日 ~ 月 日		円		
		月 日 ~ 月 日		円		
	※支給・控除額の算出式					
	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 月 日 (給与締日以降に証明をしてください)		
	所在地 名称 事業主氏名 TEL ( )		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			㉔ 発病または負傷の年月日	平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	
	㉕ 傷病名 ※(1)から労務不能と認められた主たる病名を記入してください。	(1)	(2)	㉖ 療養の給付開始年月日(貴院での初診日)	(1)	(2)	
		(3)			(3)		
	㉗ 労務不能と認められた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 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 月 日 から 令和 年 月 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)	日	診療日を○で囲んで下さい	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		
	㉛ ・㉔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)  ・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						
	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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	人工臓器等の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
㉝ 上記のとおり相違ありません。				証明日 令和 年 月 日 * ㉔の労務不能と認められた期間以降に証明をしてください。			
医療機関の所在地							
医療機関の名称							
医師の氏名				TEL ( )			
※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。							

㉓㉔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。
- ・㉔は詳しく記入してください。
- ・㉙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。

# 記入上のご注意

傷病手当金は被保険者が業務外の病気やケガで療養のため仕事を休み、その間給与等が支払われないとき、被保険者の生活費を保障するための保険給付になりますので、**給与の締日に合わせ1か月毎に申請してください。**

傷病手当金支給申請書提出後、健康保険法に基づいた審査等のため支給決定までに時間がかかる場合があります。（その他の書類を提出していただくこともあります。）

## 共通事項

- 記入し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**各記入者の氏名（サイン）**を記入してください。

## 被保険者の方へ

- ①記号・番号は、資格確認書又は資格情報のお知らせに記載されています。ただし、申請期間が喪失後もしくは任意継続取得後の場合は**在職時の記号・番号**を記入してください。
- ⑥お仕事の内容は、事務員などではなく、「経理担当事務」「プログラマー」など具体的に記入してください。（退職後の期間を申請される方は、在職時のお仕事の内容を記入してください。）
- ⑨療養の為休んだ期間の「症状」欄には、1回目の申請の場合は発病の状態または負傷の原因を、2回目以降の申請の場合は⑩の申請期間における傷病の状態を詳しく記入してください。「医師からの指示等」欄には、療養を担当した医師より、どのような療養指導・指示があったかを記入してください。
- ⑪傷病の原因が第三者の行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」が必要となります。申請前に当組合求償課までご連絡ください。また、労災に該当する傷病については申請できません。

## 【添付書類】

初回の申請で、申請期間が 当組合資格取得日から1年未満の方 (新卒者除く)	①取得接近調査書 ②傷病手当金同意書
障害厚生年金、障害手当金 の給付を受けている方 [①又は②、及び③、④を添付]	①厚生年金保険障害年金証書の写し（障害厚生年金受給の場合） ②障害手当金決定通知書の写し（障害手当金受給の場合） 又は、これに準ずる書類の写し ③給付額と支給開始年月を証明する書類の写し ④直近の額を証明する書類（年金振込通知書等）の写し
老齢退職年金の給付を 受けている方 (資格喪失後に申請する場合)	①老齢退職年金の年金証書の写し又はこれに準ずる書類の写し ②給付額と支給開始年月を証明する書類の写し ③直近の額を証明する書類（年金額振込通知書等）の写し

※年金額に変更があった場合は、「年金額改定通知書」をご提出ください。

※必要に応じ、別途添付書類の提出をお願いする場合がありますのでご了承ください。

## 保険給付金の振込先について

- ・振込先が被保険者（申請者）の口座の場合は、⑱のみ記入してください。
- ・給付金に関する受領を代理人に委任する場合は、⑲の委任状が必要となります。  
委任状の「事業主の選定した保険給付金受領代理人」、「その他の代理人」のいずれかにチェック☑を入れ、

### [事業主の選定した保険給付金受領代理人口座へ振込を希望する場合]

- ・被保険者の住所、氏名を記入してください。
- ・あらかじめ届けいただいている保険給付金受領代理人口座へのお振込みとなるため、⑲および受取代理人情報の記入は不要です。

### [その他の受取代理人へ振込を希望する場合]

- ・被保険者の住所、氏名を記入してください。
- ・受取代理人情報の代理人住所・電話番号・代理人氏名を記入してください。
- ・⑲に受取代理人の口座を記入してください。

## 事業主の方へ

- ・⑩の申請期間が被保険者の資格を喪失した後の期間であるときは、事業主の証明は必要ありません。
- ・⑩の期間に報酬が支払われている場合には、⑳「はい」にチェックを入れ、支払った報酬の名称（有給休暇、通勤手当等）、支給対象期間、支給額を記入してください。
- ・備考欄の該当するものを○で囲み、金額、復職状況を記入してください。社会保険料を事業主が負担している場合は、㉑へ報酬として記入してください。
- ・書類作成日が証明日となります。必ずご記入ください。※㉑の期間の給与締日以降に証明をしてください。

## 【添付書類】

第1回目の申請 及び 第2回目以降であっても、 ・一部でも報酬の支払がある場合 ・申請期間が継続していない場合	申請期間にかかる ① 出勤簿（写） ② 賃金台帳（写） ※欠勤控除が翌月以降になる場合は、欠勤控除が行なわれた月の賃金台帳（写）が必要です。
---	---

※添付していただく出勤簿（写）には、「出勤」・「有給休暇」・「欠勤」等、勤怠の表示が必要です。

※必要に応じ、別途添付書類の提出をお願いする場合がありますのでご了承ください。

## 医師の方へ

- ・㉒「労務不能と認められた期間」については、治療期間でなく、当該被保険者が㉓の傷病により療養のため労務に就くことが不能であると認められた場合にのみ、ご記入くださいますようお願いいたします。  
また、証明日以前の期間を記入してください。
- ・㉓は「症状及び経過」、「労務不能と認められた医学的な所見」をなるべく詳しく記入してください。  
手術をした場合は、手術の名称と手術年月日を記入してください。
- ・㉔人工透析または人工臓器等を装着したときは、実施日または装着日を記入してください。  
なお、人工臓器等を装着したときは、「人工臓器等の種類」の該当箇所にチェックを入れてください。

健康保険の給付を受ける権利は2年間で消滅します。  
傷病手当金の時効の起算日については「労務不能であった日ごとにその翌日」となります。