健康保険 傷病手当金 支給申請書

（被保険者記入用）

被保険者情報				
被保険者等記号・番号	記号　　番号		事業所名称	
氏　名	（フリガナ） （押印不要）		生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
住　所	〒　　－		電話番号（日中の連絡先）	（　　）
			提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。（事業主経由（依頼）する場合は✓）

振込先				
金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他（　　）		預金種別	普通・当座・その他（　　）
	支店・本店・出張所 その他（　　）		口座番号	
口座名義（カタカナで記入）			口座名義区分	☐ 被保険者（申請者）　☐ 代理人
公金受取口座	☐ 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、上記の口座情報の記入は不要です。）			

委任状			
口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　令和　　年　　月　　日 氏名	
	代理人（口座名義人）	住所	
		氏名	被保険者との関係（　　）

申請内容				
傷病名	1）		発病又は負傷年月日	平・令　　年　　月　　日
	2）			平・令　　年　　月　　日
	3）			平・令　　年　　月　　日
発病時の状況又はケガの原因（詳しくご記入ください）	注：仕事中、通勤途上、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず健保組合と勤務先にご連絡ください。			
仕事の内容（具体的に）			退職日以降の期間を申請する場合は、退職前の業務内容をご記入ください。	
療養のため休んだ期間（申請期間）	平・令　　年　　月　　日　から 平・令　　年　　月　　日　まで	日間		
上記期間に報酬を受けましたか。または、今後受けられますか。	は い いいえ	「はい」の場合、その報酬支払の基礎となった期間と報酬額	平・令　　年　　月　　日　から　報酬額 平・令　　年　　月　　日　まで　　円	
障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか。	は い 請求中 いいえ	「はい」「請求中」の場合、受給の要因となった傷病名と基礎年金番号等	傷病名	年金の種類　☐ 障害厚生年金　☐ 障害手当金
			基礎年金番号	年金額　　円
≪退職した方≫老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか。	はい 請求中 いいえ	「はい」「請求中」の場合、年金の名称や基礎年金番号等	年金の名称	
			基礎年金番号	年金額　　円
労災保険から休業補償給付を受けていますか。	はい 請求中 いいえ	「はい」「請求中」の場合、請求先の労働基準監督署	労働基準監督署	

注：この申請書は３枚１セットです。２枚目「事業主記入用」、３枚目「医師等記入用」も必ずご提出ください。

受付日付印

マイナンバー記入欄（被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。）

マイナンバーを記入した場合、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	

全国信用保証協会 健康保険組合

（令4.1）

健康保険 傷病手当金 支給申請書 （事業主記入用）

全国信用保証協会 健康保険組合

事業主が証明するところ

被保険者氏名					
労務に服さなかった期間	平・令　年　月　日 から 平・令　年　月　日 まで　日間	出勤 日	有給 日	この期間に対し賃金を支給しました（します）か。 □はい　□いいえ	
被保険者の	給与の種類	□月給 □日給 □時間給 □歩合給 □その他（　）	賃金計算	締日　日	支払日 □当月 □翌月　日
上記の期間に対して、報酬の全部又は一部支給した（する）場合		年　月　日 ～　年　月　日	日間	円	
		年　月　日 ～　年　月　日	日間	円	

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日

所在地

事業所名称

事業主氏名　電話番号　（　）

事業主のみなさまへ　第1回目の申請書には、「出勤簿」の写しを必ず添付してください。

記入例

事業主が証明するところ

被保険者氏名	健保　太郎				
❶ 労務に服さなかった期間	平 令 ○ 年 6 月 16 日 から 平 令 ○ 年 7 月 15 日 まで 30 日間	❷ 出勤 0 日	有給 3 日	❸ この期間に対し賃金を支給しました（します）か。 ☑はい　□いいえ	
被保険者の	❹ 給与の種類	☑月給 □日給 □時間給 □歩合給 □その他（　）	❺ 賃金計算	締日 15 日	支払日 ☑当月 □翌月 25 日
❻ 上記の期間に対して、報酬の全部又は一部支給した（する）場合	基本給	○ 年 6 月 16 日 ～ ○ 年 7 月 15 日	3 日間	45,000 円	300,000÷20日×3日 （日額15,000円）
	通勤手当	○ 年 4 月 1 日 ～ ○ 年 9 月 30 日	日間	60,000 円	6か月分支給 欠勤控除なし
	住宅手当	○ 年 6 月 16 日 ～ ○ 年 7 月 15 日	30日間	20,000円	欠勤控除なし

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和 ○ 年 8 月 1 日

所在地　東京都中央区△△ 1－2－3

事業所名称　○○○○ 信用保証協会

事業主氏名　○○ ○○　電話番号　△△（□□□□）××××

❶ 被保険者が傷病のため休んだ期間をご記入ください。（被保険者の申請期間）

❷ ❶の期間のなかで、出勤や有休がある場合は、その日数をご記入ください。

❸ ❶の期間に、基本給のほか各種手当などの支給がある場合は、「はい」にチェックを入れてください。

❹ 給与の種類について、該当する種類を選んでください。

❺ 賃金計算の締日及び支払日をご記入ください。

❻ ❸で「はい」とした場合、賃金計算期間における基本給や各種手当などの支給状況をご記入ください。
また、賃金の支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法などをご記入ください。

健康保険 傷病手当金 支給申請書 （医師等記入用）

全国信用保証協会 健康保険組合

医師等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（初診日）	1) 平・令　年　月　日
	2)		2) 平・令　年　月　日
	3)		3) 平・令　年　月　日
発病又は負傷年月日	平・令　年　月　日　☐発病　☐負傷	発病又は負傷の原因	
労務不能と認めた期間	平・令　年　月　日　から 平・令　年　月　日　まで　日間	診療実日数	日（労務不能期間中の診療日数）
うち入院期間	平・令　年　月　日　から 平・令　年　月　日　まで　日間	転 帰	☐ 治癒　☐ 中止　☐ 繰越　☐ 転医

主たる症状及び経過（できる限り詳しくご記入ください。）

この期間の傷病状態	
この期間の治療状況	
前月の症状との比較	

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所見（必ずご記入ください。）

人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき

人工透析の実施日又は人工臓器を装着した日

平・令　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（　　）

記載内容について相違ありません。　令和　年　月　日

所在地

医療機関名

医師氏名

電話番号　（　　）

＊ 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、正しい内容と氏名（サイン）をご記入ください。