【2024年12月改訂】

1 2 3

健康保険 傷病手当金 支給申請書（第 1 回）

被保険者・受取代理人記入用

常務理事	事務長	担当者
	記入例	

【提出先】 被保険者の勤務先
（資格喪失後の継続給付受給者は健康保険組合）

被保険者情報

被保険者等	記号 1234	番号 5678	事業所・所属部署	○○株式会社○○営業所	
氏名	健保 太朗		生年月日	1985 年 12 月 1 日	
住所	（〒 111 － 1111 ） ○○県○○市○○町2－15－6				
電話番号（日中の連絡先）	012 （ 234 ） 5678				
☐ 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

☐ 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	○○○ 銀行	○○○ 支店	
預金種別	☐ 普通 ☑ 当座	口座番号 4 5 6 7	右づめでご記入ください
口座名義	○○○○（カ		カタカナでご記入ください
口座名義の区分	☐ 1. 被保険者 ☑ 2. 代理人（事業主に委任する時）		

↓「2」の場合、下記に記入

受取代理人の欄

被保険者	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。 2024 年 12 月 5 日 氏名 健保 太朗 住所 「被保険者情報」の住所と同じ	
代理人（口座名義人）	（〒 111 － 1111 ） 住所 ○○県○○市○○町1－2－3 氏名 ○○○○株式会社 代表取締役社長 ○○ ○○ TEL 012 （ 345 ） 6789	委任者と代理人との関係：事業主

被保険者証の記号番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です

記号番号ではなくマイナンバーでの申請をご希望の方は余白に記入してください。
マイナンバーを記入した場合、「個人番号カードの写し（両面）」または「個人番号通知カードまたは個人番号が付記された住民票」と「本人を確認できる書類（運転免許証またはパスポート等）の写し」の添付が必要となります。

2ページに続きます ＞＞＞

健保使用欄

資格取得年月日	年 月 日	資格喪失年月日	年 月 日
支払年月日	年 月 日	支給開始年月日	年 月 日
支給額	円	支給残日数	／ 日
支給期間	年 月 日 ～ 年 月 日 日間		
前回支給期間	年 月 日 ～ 年 月 日 日間		

全部・一部不支給	期間	年 月 日 ～ 年 月 日 日間
	理由	☐ 待機期間 ☐ 事業主から受けた報酬の額が傷病手当金の額以上 ☐ 事業主から報酬が支給されているため、傷病手当金の支給額を調整 調整日額 円 ☐ その他（ ）

受付印

1 2 3

健康保険 傷病手当金 支給申請書(第 1 回)

被保険者記入用

被保険者氏名
健保 太朗

申請内容

1 傷病名	1) 鎖骨骨折	2 発病または負傷年月日	1) 2024 年 10 月 7 日
	2)		2) 年 月 日
	3)		3) 年 月 日

3 発病または負傷の原因(詳しく)	☐ 病気 ☑ けが ➡『負傷原因届』を併せてご提出ください (原因および状態(自覚症状)) 具体的にご記入ください 例:〇〇頃から痛みがあり受診した。等
4 業務中のけがですか?	☐ はい ☑ いいえ
5 第三者行為によるものですか?	☐ はい ☑ いいえ ※「はい」の場合は、「第三者の行為による傷病届」を提出してください
6 療養のため休んだ期間(申請期間)	2024 年 10 月 8 日 ～ 2024 年 10 月 21 日 14 日間
7 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)	例:生産ラインでの立ち仕事、営業事務での取引先との応対 等

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?	☑ はい ☐ いいえ				
1ー① 「はい」の場合、その報酬支払の基礎となった(なる)期間とその報酬の額	2024 年 10 月 8 日から 3 日分 2024 年 10 月 10 日まで 30,000 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?	☐ はい ☐ 請求中 ☑ いいえ ↳ ☐ 障害厚生年金 ☐ 障害手当金				
2ー① 「はい」または「請求中」の場合、受給の要因となった(なる)傷病名及び基礎年金番号等 (「請求中」の場合は、傷病名・基礎年金番号のみ)	傷病名				
	基礎年金番号		年金コード		
	支給開始年月日	年 月 日	年金額	円	
3 (健康保険の資格を喪失した方)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	☐ はい ☐ 請求中 ☑ いいえ ↳ 名称				
3ー① 「はい」または「請求中」の場合、基礎年金番号等 (「請求中」の場合は、基礎年金番号のみ)	基礎年金番号		年金コード		
	支給開始年月日	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?	☐ はい ☐ 労災請求中 ☑ いいえ				
4ー① 「はい」または「労災請求中」の場合、支給元(請求先)の労働基準監督署	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

3ページに続きます >>>

1 2 3

健康保険 傷病手当金 支給申請書(第 1 回)

事業主・療養担当者記入用

被保険者氏名
健保 太朗

事業主証明欄

被保険者氏名	健保 太郎				
労務に服さなかった期間	2024 年 10 月 8 日から 2024 年 10 月 21 日まで 14日間	労務に服さなかった期間に対して賃金を支給しました(します)か？	☑ はい ☐ いいえ		
給与の種類	☑ 月給 ☐ 日給 ☐ 日給月給 ☐ 時間給 ☐ その他 ( )	賃金計算	締 日	15 日	
			支払日	☑ 当月 / ☐ 翌月 25 日	
労務に服さなかった期間の分として支払う報酬関係	2024 年 10 月 8 日から 2024 年 10 月 10 日まで 3 日間		支給額	30,000 円	
			日 額	10,000 円	

賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください

上記のとおり相違ないことを証明します。 2024 年 12 月 10 日

事業所所在地 ○○県○○市○○町1－2－3

事業所名称 ○○○○株式会社

事業主氏名 代表取締役社長 ○○ ○○ TEL 012 (345) 6789

療養担当者が意見を記入するところ

患者氏名	健保 太朗		
傷病名	1) 鎖骨骨折 2) 複数の傷病名がある場合、1)から主たる病名を順次ご記入ください 3)	療養の給付開始年月日(初診日)	1) 2024 年 10 月 7 日 2) 年 月 日 3) 年 月 日
発病または負傷の年月日	2024 年 10 月 5 日 ☐ 発病 ☑ 負傷	発病または負傷の原因	左肩部強打
労務不能と認めた期間 ※1	2024 年 10 月 8 日から 2024 年 10 月 21 日まで 14日間		
うち入院期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	療養費用の別	☑ 健保 ☐ 公費( ) ☐ 自費 ☐ その他
		転帰	☐ 治癒 ☐ 中止 ☑ 繰越 ☐ 転医
診療実日数	4 日	診療日を○で囲んでください 10 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)	手術年月日 年 月 日
症状および経過、労務不能と認められた委託的な所見を詳しくご記入ください	退院年月日 年 月 日

労務不能の診断をされた理由

- ☑ 労務を排し、療養に専念する必要があるから(入院を含む)
- ☐ 通院加療であるが、重要な経過観察等、かなりの頻度の通院が必要であるから
- ☐ 医学的に治癒または症状固定(限界)が見られるが、本人の症状の訴えを尊重したから
- ☐ その他( )
- ☐ 他に伝染するおそれがあるから
- ☐ 本人の就労意欲や症状回帰意欲にて判断したから

就労の見通し

- ☐ 症状からして当面(ヵ月)は職場復帰は難しい
- ☐ 症状の回復状況等からして(月頃)には職場復帰は可能と思われる
- ☑ 就労の形態(☑ 内容・☐ 時間)を配慮すれば職場復帰は可能である
- ☐ その他( )
- ☐ 本人の就労意欲や症状回帰意欲にて判断したから
- ☐ 症状の回復状況等からして職場復帰は可能と思われる

上記のとおり相違ありません。 2024 年 12 月 3 日

医療機関所在地 ○○県○○市○○町1－4－15

医療機関名称 ○○総合病院

担当医師氏名 ○○ ○○ TEL 012 (345) 1256

※1 治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる機関とその日数をご記入ください。
また、証明日以前の期間をご記入ください。