

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者記入用

被保険者氏名

申請内容	① 傷病名 1つの記入欄に複数の傷病名を記入しないでください。	1) <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	② 初診日	2) <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	3) <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	③ 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (発病時の状況) <input type="checkbox"/> 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。			
	④ 療養のため休んだ期間(申請期間)	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日から <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日まで		日数 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日まで <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日まで
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)					

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。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ		
	①-① 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の対象となった(なる)期間をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日から <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日まで	報酬額 <input type="text"/> 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。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ	<input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 2. 障害手当金	「はい」の場合 →
	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等をご記入ください。 (「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号のみをご記入ください。)	傷病名 <input type="text"/> 基礎年金番号 <input type="text"/>	年金コード <input type="text"/>	
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。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ		「はい」の場合 →	
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。 (「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみをご記入ください。)	基礎年金番号 <input type="text"/>	年金コード <input type="text"/>		
④ 労災保険から休業補償給付を受けていますか。(又は、過去に受けたことがありますか。)	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 労災請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ		「はい」の場合 →	
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 <input type="text"/>			

様式番号

6 0 1 2 6 9

「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

被保険者記入用

被保険者氏名

申請内容	① 申請期間(療養のために休んだ期間)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 から 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 まで
	② 被保険者の仕事の内容(退職後の申請の場合は、退職前の仕事の内容)	
	③ 傷病名	<input type="checkbox"/> 療養担当者記入欄(4ページ)に記入されている傷病による申請である場合は、左記に☑を入れてください。別傷病による申請を行う場合は、別途その傷病に対する療養担当者の証明を受けてください。
	④ 発病・負傷年月日	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	⑤-1 傷病の原因	<input type="checkbox"/> 1. 仕事以外(業務外)での傷病 <input type="checkbox"/> 2. 仕事(業務上)での傷病 <input type="checkbox"/> 3. 通勤途中での傷病 } → ⑤-2へ
	⑤-2 労働災害、通勤災害の認定を受けていますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中(労働基準監督署) <input type="checkbox"/> 3. 未請求
⑥ 傷病の原因は第三者の行為(交通事故やケンカ等)によるものですか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	「1. はい」の場合、別途「第三者行為による傷病届」をご提出ください。

確認事項	①-1 申請期間(療養のために休んだ期間)に報酬を受けましたか。	<input type="checkbox"/> 1. はい → ①-2へ <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	①-2 ①-1を「はい」と答えた場合、受けた報酬は事業主証明欄に記入されている内容のとおりですか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ → 事業主へご確認のうえ、正しい証明を受けてください。
	②-1 障害年金、障害手当金について今回傷病手当金を申請するものと同一の傷病で「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。(同一の傷病で障害年金等を受給している場合は、傷病手当金の額を調整します)	<input type="checkbox"/> 1. はい → ②-3へ <input type="checkbox"/> 2. いいえ
②-2 老齢年金等について※退職等による健康保険資格の喪失後の期間について、傷病手当金を申請する場合はご記入ください。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。(公的年金を受給している場合は、傷病手当金の額を調整します)	<input type="checkbox"/> 1. はい → ②-3へ <input type="checkbox"/> 2. いいえ	「1. はい」の場合 →
②-3 ②-1または②-2を「はい」と答えた場合のみ、ご記入ください。	基礎年金番号 <input type="text"/> - <input type="text"/> 年金コード <input type="text"/> 支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 年金額 <input type="text"/> 円(右づめ)	
③ 労災補償 今回の傷病手当金を申請する期間において、別傷病により、労災保険から休業補償給付を受給していますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中(労働基準監督署) <input type="checkbox"/> 3. いいえ	「1. はい」の場合 → 「2. 請求中」の場合 →

「健康保険傷病手当金支給申請書記入の手引き」をご確認ください。

6 0 1 2 1 1 0 1

「事業主記入用」は3ページ目に続きます。▶▶▶