

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号	記号 123	番号 456	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。		
	従業員番号	123456		メールアドレス	〇〇〇〇@×××.co.jp	
	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ	健保 太郎	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 60 年 1 月 15 日 <input type="checkbox"/> 令和	
	住所	(〒 123 - 4567) 東京都〇〇区□□1-2-3				
	電話番号 (日中の連絡先)	×××-×××-×××		マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用される方は チェックを入れてください。		

資格情報のお知らせ、
資格確認書等に記載
されています。

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用される方は
チェックを入れてください。

振込先指定口座(※)	<input type="checkbox"/> マイ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 <input checked="" type="checkbox"/> 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。					
	<input type="checkbox"/> 第1回と同様の振込先を指定する場合はチェックを入れてください。(※第2回以降の申請時のみ選択可能)					
	<input checked="" type="checkbox"/> チェックをした場合、下段の金融機関の表示は省略できます。					
金融機関名称	〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組	<input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> その他	△△	本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	
預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	1 2 3 4 5 6 7			
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。 濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。 ケンボ゜ タロウ			口座名義 の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 1.申請者 <input type="checkbox"/> 2.代理人	

第2回以降の申請の方で、第1回
と同じ振込先を指定する方は
チェックを入れてください。

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	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。			年	月	日	
	署名	口座名義が申請者本人であれば 記入不要					所「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	住所 (〒)						代理人 (口座名義人)	氏名 (フリガナ)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

2枚目

(2枚1組)

健康保険

傷病手当金支給申請書

必ず2枚1組で提出してください

申請内容	1. 傷病名	1) 骨折 医師から診断された傷病名を記入してください。	2. 発病または負傷年月日	2026年3月3日
		2)		年 月 日
		3)		年 月 日
	3. 該当の傷病は病気(疾病)ですか ケガ(負傷)ですか	1. 病気 2. ケガ * ケガの場合、負傷原因を併せてご提出ください。		
	4. 療養のために休んだ期間(申請期間)	2026年3月3日から 2026年3月31日まで	日数	29
5. あなたの仕事内容(具体的に) (退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)	経理事務			

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 checked="" 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、その報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください。	2026年3月1日から 2026年3月31日まで	報酬	20,000	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。	1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ <input checked="" type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 2. 障害手当金			
	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をご記入ください。	傷病名	基礎年金番号	年金コード	
	「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。	支給開始年月日	年金額		円
	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る場合、その名称をご記入ください。	1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ <input type="checkbox"/>			
	3-①「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号をご記入ください。	年月日	年金額		円
	「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。	1. はい <input type="checkbox"/> 2. 労災請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ <input checked="" type="checkbox"/>			
	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	1. はい <input type="checkbox"/> 2. 労災請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ <input checked="" type="checkbox"/>			
	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			
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		

**在職期間中の申請であれば
記入不要**

【被保険者の方へ】お勤め先の事業所に証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

記入例

健康保険 傷病手当金支給申請書

事業主記入用

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

【添付書類】 勤怠管理表等（写）、賃金台帳（写）※勤怠管理表等（写）を提出される場合は、勤務状況欄内の記入は省略可能です。

被保険者氏名		健保 太郎																												出勤日数	有給日数						
勤務状況																																					
出勤=○ 有給=△ 公休=公 欠勤=欠	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					
	3	公	○	△	△	△	欠	公	公	欠	欠	欠	欠	欠	公	公	欠	欠	欠	欠	公	公	公	欠	欠	欠	欠	欠	公	公	欠	欠	1	3			
	月	1	2	3	4	5	労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間（賃金計算の締日の翌日から締日の期間）の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は欠で表示してください。																						4	25	26	27	28	29	30	31	
月	1	2	3	4	5																							4	25	26	27	28	29	30	31		
給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。															賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。																						
上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？		<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input checked="" type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給		<input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他		賃金計算		締日		末 日		支払日		<input type="checkbox"/> 当月 <input checked="" type="checkbox"/> 翌月		10 日																	
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。																																					
申請内容 支給した(する)賃金内訳	期間	単価	3月1日 ~ 3月31日	月 日	月 日	月 日	現在の状況																														
	区分		支給額	支給額	支給額		療養中(月 日 現在) 復帰 (5月16日)																														
	基本給	300,000	300,000				▼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。																														
	通勤手当	20,000					減額調整: 欠勤控除あり																														
	住宅手当	20,000	20,000				300,000円÷21日=14,285円(1日)																														
	減額調整		242,845				14,285円×17日=242,845円																														
	計	340,000	77,155				通勤手当: 欠勤控除なし 12/10 6か月定期代 (1月~6月分)として120,000円支給 住宅手当: 欠勤控除なし																														
上記のとおり相違ないことを証明する。					2026 年 5 月 20 日					担当者氏名 ○○ ○○																											
事業所所在地: 東京都○○区△△1-1																																					
事業所名称: ○○株式会社																																					
事業主氏名: ○○○ ○○○ 電話 ○○○ (○○○) ○○○																																					

【被保険者の方へ】療養担当者（医師等）の意見を受けてください。

記入例

健康保険 傷病手当金支給申請書

療養担当者記入用

患者氏名	健保 太郎		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期間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。																															
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) 2026年3月3日 2) 左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください。 3)																															
発病または負傷の年月日	2026年3月3日	発病または負傷の原因	左肩部強打																															
発病または負傷	<input checked="" type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷																																	
労務不能と認められた期間	2026年3月3日から 2026年3月31日まで 29日間	療養費用の別	<input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 () <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 転帰 <input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																															
うち入院期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間	療養費用の別																																
診療実日数	計 5 日																																	
療養担当者が意見を記入するところ 診療日に○をつけてください。	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		
	3			○		○				○											○													○
	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		
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医学的な所見を詳しくご記入ください。		退院年月日 : 年 月 日																																
鎖骨を骨折し、3/3初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。																																		
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																																		
骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後もリハビリが必要であったため、労務不能と判断した。																																		
人工透析を実施または人工臓器を装着した場合は人工透析の実地または装着した日を記入してください。	年 月 日	人工臓器等の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人口関節 <input type="checkbox"/> 人口骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人口透析 <input type="checkbox"/> その他																															
上記のとおり相違ありません。		2026年5月1日																																
医療機関の所在地 :	東京都〇〇区〇〇1-1-1	労務不能期間経過後にご記入ください。																																
医療機関の名称 :	〇〇総合病院																																	
医師の氏名 :	保険 五郎	電話	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇																															