健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報

被保険者証の（右づめ）	記号	番号	生年月日 年 月 日 □ 昭和 □ 平成 □ 令和
氏名	（フリガナ）		
住所	（〒 ー ） 都 道 府 県		
電話番号（日中の連絡先）	TEL （ ）		

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

振込先指定口座

退職された方はご記入ください。 ※ただし、任意継続者の方は記入不要です。

金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（ ）		本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別	□ 1．普通 3．別段 2．当座 4．通知	口座番号	左づめでご記入ください。 ※ゆうちょ銀行は不可
口座名義	▼カタカナ（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。）	口座名義の区分	□ 1．申請者 2．代理人

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。 令和 年 月 日 氏名 住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ	
代理人（口座名義人）	（〒 ー ） TEL （ ） 住所 （フリガナ） 氏名	委任者と代理人との関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

添付書類について

●被保険者の方へ

初回のみ添付

①傷病手当金申請に伴う状況報告書（同意書）（Excel）

②障害厚生年金 老齢厚生年金 労災休業給付金にかかる傷病手当金申請について（同意書）（Word）

上記書類の提出がない場合は審査ができません。

傷病手当金の支給決定にあたり当組合が関係医療機関（医療機関の担当医、前加入の健康保険組合等）に内容の確認や意見補足等のため状況照会する場合があります。同意書のご署名をお願いいたします。

被保険者の記入に不備がある場合はお受けできません。提出前にご確認ください。

●事業主の方へ

対象期間の出勤簿および賃金台帳の写し

申請内容に不備がある場合は審査ができません。提出前にご確認ください。

受付日付印

三菱鉛筆健康保険組合

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者（申請者）記入用

申請内容

1 傷病名	1)	2 発病または負傷年月日	令和 年 月 日
	2)		令和 年 月 日
	3)		令和 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 （発病時の状況）
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）
（令和） 年 月 日 から
まで
日数 日間

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。
□ 1. はい 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。
令和 年 月 日 から
令和 年 月 日 まで
報酬額 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 2. 請求中 3. いいえ → □ 1. 障害厚生年金 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。
（「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。）
傷病名
基礎年金番号 年金コード
支給開始年月日 □昭和 □平成 □令和 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ますか。
受給している場合、その名称ご記入ください。
□ 1. はい 2. 請求中 3. いいえ → 名称

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、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。）
基礎年金番号 年金コード
支給開始年月日 □昭和 □平成 □令和 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
□ 1. はい 3. いいえ 2. 労災請求中

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

「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

1 2 3 4

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。

事業主が証明するところ

被保険者氏名

勤務状況　【出勤は〇】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。

		出勤	有給
令和　年　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 計	日	日
令和　年　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 計	日	日
令和　年　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 計	日	日

上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？	給与の種類	賃金計算	
□ はい □ いいえ	□ 月給　□ 時間給 □ 日給　□ 歩合給 □ 日給月給　□ その他	締　日	日
		支払日	□当月 □翌月　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。

支給した(する)賃金内訳 区分＼期間	単価	月　日 ～ 月　日分 支給額	月　日 ～ 月　日分 支給額	月　日 ～ 月　日分 支給額
基本給				
通勤手当				
住居手当				
扶養手当				
手当				
手当				
現物給与				
計				

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する。　令和　年　月　日

事業所所在地

事業所名称

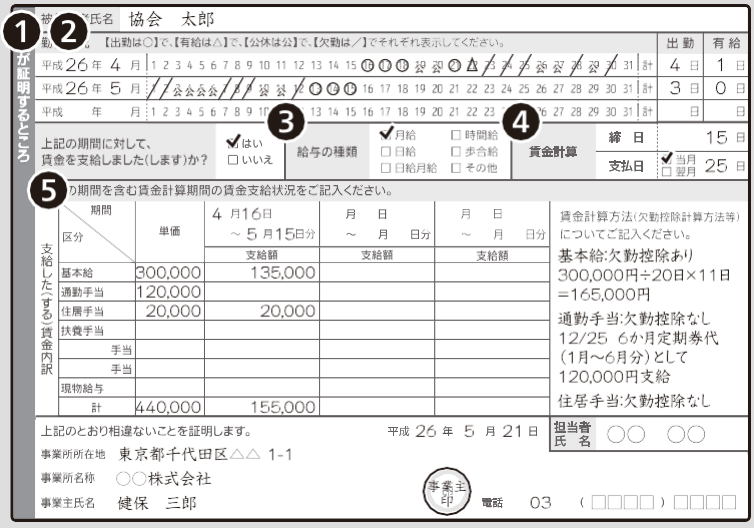
事業主氏名　電話　(　)

労務不能の期間の通勤手当について

1ヶ月／3ヶ月／6ヶ月／実費／なし

〔精算済の場合：　月　日以降精算〕

記入例



【被保険者の方へ】

❶ 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。

【事業主の方へ】

❷ 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、出勤した場合は〇で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は／で表示してください。

❸ 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。

❹ 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。

❺ 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における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金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等をご記入ください。

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。〉〉〉

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

療養担当者記入用

療養担当者が意見を記入するところ

患者氏名			
傷病名	(1) (2) (3)	療養の給付開始年月日（初診日）	(1) 令和　年　月　日 (2) 令和　年　月　日 (3) 令和　年　月　日
発病または負傷の年月日	令和　年　月　日　☐発病 ☐負傷	発病または負傷の原因	
労務不能と認めた期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間		
うち入院期間	令和　年　月　日から　日間 令和　年　月　日まで　入院	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　日

診療日を○で囲んでください。

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

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　令和　年　月　日

退院年月日　令和　年　月　日

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

人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析の実施または人工臓器を装着した日	☐昭和　☐平成　☐令和　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（　）

上記のとおり相違ありません。

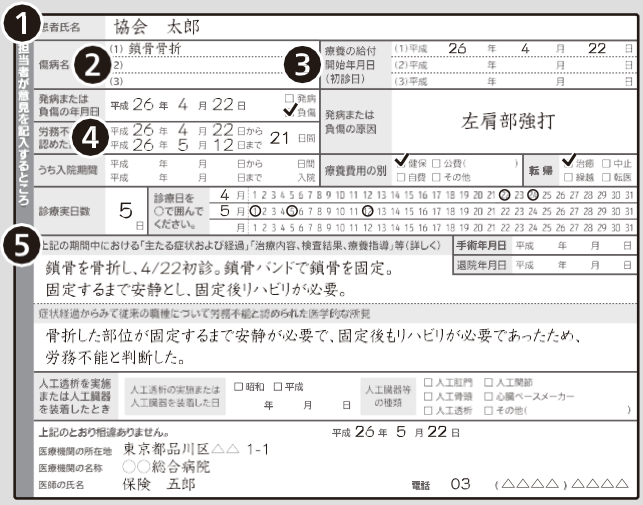
令和　年　月　日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名　　電話　（　）

記入例



患者氏名　協会　太郎

傷病名　(1) 鎖骨骨折　(2)　(3)

療養の給付開始年月日（初診日）　(1)平成 26 年 4 月 22 日　(2)　(3)

発病または負傷の年月日　平成 26 年 4 月 22 日　☐発病 ✓負傷

労務不能と認めた期間　平成 26 年 4 月 22 日から 平成 26 年 5 月 12 日まで 21 日間

発病または負傷の原因　左肩部強打

うち入院期間　平成　年　月　日から　平成　年　月　日まで　日間　入院

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　5 日

診療日を○で囲んでください。

4 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

5 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「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）

鎖骨を骨折し、4/22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。

手術年月日　平成　年　月　日

退院年月日　平成　年　月　日

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とき　人工透析の実施または人工臓器を装着した日　☐昭和 ☐平成　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（　）

上記のとおり相違ありません。　平成 26 年 5 月 22 日

医療機関の所在地　東京都品川区△△ 1-1

医療機関の名称　○○総合病院

医師の氏名　保険　五郎　電話　03　（△△△△）△△△△

【被保険者の方へ】

❶ 療養担当者（医師等）の意見を受けてください。

【療養担当者の方へ】

❷ 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。

❸ 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。

❹ 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。

❺ 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。