

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1

2

3

4

本人
記載

被保険者（申請者）記入用

(第 3 回) 令和 4 年 4 月 20 日 提出

被保険者(申請者)情報	記号 被保険者等 記号・番号 (左づめ)	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください	
	3 4	1 2 3 4 5		
	氏名 (フリガナ) コウア タロウ 興亜 太郎	生年月日 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和 ☐ 5 0 0 1 0 5		
住所 (〒 123 - 4567) 長野 上伊那郡箕輪町大字中箕輪123456	都道府県 長野県			
電話番号 (日中の連絡先) TEL 0265 (12) 3456	マイナンバーカード登録の公金受取口座にする場合✓			

振込先指定口座	□ 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□ 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。			
	金融機関 名称 八十二	銀行 ☒ 金庫 ☐ 信組 ☐ 農協 ☐ 漁協 ☐ その他 ()	本店 ☐ 支店 ☒ 出張所 ☐ 本所 ☐ 支所 ☐	箕輪
	預金種別 普通	口座番号 (左づめ) 0 1 2 3 4 5 6		
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。 コ ウ ア タ ロ ウ			

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

健保使用欄	資格取得	年 月 日	支払年月日	年 月 日
	資格喪失	年 月 日	支給開始日	年 月 日
	決定年月日	年 月 日	前 回	年 月 日 ~ 年 月 日 (日)
	不支給期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日)	支給決定 金額	円
	不支給理由	常務理事 事務長 担当者 台帳照合		

支払済印

受付日付印

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

本人
記載

被保険者（申請者）記入用

被保険者氏名

興亜 太郎

申請内容

1 傷病名	1) 脊柱管狭窄症	2 発病 または 負傷 年月日	令和 4 年 1 月 21 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。		☒ 病気 (発病時の状況) 不詳	
		☐ ケガ → 負傷原因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 0 4 0 3 2 1 から 日数 0 4 0 4 1 5 まで 25 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)		テーピング作業	

けがの場合「負傷原因
届」もお願いします

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	給与支給のあった場合記載
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 報酬額 令和 年 月 日 まで 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 - 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 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	年金額
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。	☐ はい ☒ 請求中 ☐ 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。	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 ☐ 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	☐ はい ☒ いいえ	
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。	☐ 労災請求中	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

受給している場合
「年金通知書コピー」を添付

「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

会社
記載

半休、時間休の場合、欄外にいつのものが該当するのか記載してください

事業主が証明するところ

被保険者氏名	興亜 太郎					
務状況	【出勤は○】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。					
令和 7 年 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	計 0 日 0 日				
令和 7 年 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	計 0 日 0 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?	☐ はい ☒ いいえ	給与の種類 ☐ 月給 ☐ 時間給 ☐ 日給 ☒ 日給月給 ☐ 歩合給 ☐ その他				
賃金計算	締日 20 日 支払日 ☐ 当月 ☒ 翌月 28 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	期間	単価	3月 21日 ～ 4月 20日分	月 日 ～ 月 日分	月 日 ～ 月 日分	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。 基本給欠勤控除 300,000÷20×2=30,000 通勤手当、家族手当5.6月欠勤控除
	区分		支給額	支給額	支給額	
	基本給	300,000	0			
	通勤手当	12,000				
	住居手当					
	扶養手当	4,000	0			
	手当					
現物給与						
計	316,000	0				
上記のとおり相違ないことを証明する。			令和 4 年 4 月 26 日	担当者氏名	〇〇〇〇	
事業所所在地	長野県上伊那郡箕輪町大字中箕輪14016					
事業所名称	KOA株式会社					
事業主氏名	〇〇〇〇					
	電話 0265 (〇〇) 〇〇〇〇					

賃金日額と傷病手当金日額を比較するので計算方法の記載が必要です

氏名記載をお願いします

記入例

社宅を貸与している方は、居住スペース、勤務地の都道府県、個人負担額に応じて現物給与として扱います
例:勤務地神奈川県(¥2,150/畳)、社宅畳数19.2畳、自己負担¥40,000
 $2,150 \times 19.2 - 40,000 = \text{現物給与} ¥1,280$ マイナスの場合は現物給与ナシとなります

被保険者氏名	協会 太郎					
務状況	【出勤は○】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。					
平成 26 年 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	計 4 日 1 日				
平成 26 年 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	計 3 日 0 日				
平成 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?	☒ はい ☐ いいえ	給与の種類 ☒ 月給 ☐ 時間給 ☐ 日給 ☐ 日給月給 ☐ 歩合給 ☐ その他				
賃金計算	締日 15 日 支払日 ☒ 当月 ☐ 翌月 25 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	期間	単価	4月 16日 ～ 5月 15日分	月 日 ～ 月 日分	月 日 ～ 月 日分	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。 基本給欠勤控除あり $300,000 \text{円} \div 20 \text{日} \times 11 \text{日} = 165,000 \text{円}$ 通勤手当欠勤控除なし 12/25 6か月定期券代(1月～6月分)として 120,000円支給 住居手当欠勤控除なし
	区分		支給額	支給額	支給額	
	基本給	300,000	135,000			
	通勤手当	120,000				
	住居手当	20,000	20,000			
	扶養手当					
	手当					
現物給与						
計	440,000	155,000				
上記のとおり相違ないことを証明します。			平成 26 年 5 月 21 日	担当者氏名	〇〇 〇〇	
事業所所在地	東京都千代田区△△ 1-1					
事業所名称	〇〇株式会社					
事業主氏名	健保 三郎					

【被保険者の方へ】

① 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】

② 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／で表示してください。

③ 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。

④ 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。

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。

注) 初回申請時、事業主は「賃金台帳コピー」を添付してください。

「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

病院
記載

療養担当者記入用

別紙添付の場合は空欄に「別紙参照」と記載してください

療養担当者が意見を記入するところ

患者氏名	興亜 太郎		
傷病名	(1) 脊柱管狭窄症 (2) (3)	療養の給付開始年月日(初診日)	(1) 令和 4 年 1 月 21 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 4 年 1 月 21 日 ☐ 発病 ☐ 負傷	発病または負傷の原因	不詳
労務不能と認められた期間	令和 4 年 3 月 21 日から 令和 4 年 4 月 15 日まで 25 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	☐ 治癒 ☐ 中止 転帰 ☒ 繰越 ☐ 転医
診療実日数	診療日を ○で囲んで ください。 日	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 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 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 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 4 年 4 月 21 日			
医療機関の所在地	長野県上伊那郡箕輪町大字中箕輪○○		
医療機関の名称	興亜病院		
医師の氏名	○○○○ 電話 ()		

記入例

1	患者氏名	協会 太郎
2	傷病名	(1) 鎖骨骨折 (2) (3)
3	療養の給付開始年月日(初診日)	(1) 平成 26 年 4 月 22 日 (2) 平成 年 月 日 (3) 平成 年 月 日
4	発病または負傷の年月日	平成 26 年 4 月 22 日 ☒ 発病 ☐ 負傷
5	労務不能と認められた期間	平成 26 年 4 月 22 日から 21 日間 平成 26 年 5 月 12 日まで
6	うち入院期間	平成 年 月 日から 日間 平成 年 月 日まで 入院
7	診療実日数	診療日を ○で囲んで ください。 日
8	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。 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、固定後リハビリが必要であったため、 労務不能と判断した。
9	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 平成 令和 年 月 日
10	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()
11	上記のとおり相違ありません。	平成 26 年 5 月 22 日
12	医療機関の所在地	東京都品川区△△ 1-1
13	医療機関の名称	△△総合病院
14	医師の氏名	保険 五郎 電話 03 (△△△△) △△△△

【被保険者の方へ】

1 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】

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 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。

4 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。

5 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。