

記入のポイント 傷病手当金（1ページ）

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 ページ

被保険者記入用



被保険者が病気やケガのため仕事に就くことができず、給与が受けられない場合の生活保障として、給付金を受ける場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

この申請書は、令和5年1月以降にご使用ください。

被保険者情報	被保険者証 記号（左づめ）	被保険者証 記号（左づめ）	生年月日 1.西暦 2.平成 3.令和 □ 年 □ 月 □ 日
氏名 (カタカナ)			
氏名	姓と名の間は1マス空けでご記入ください。両点(・)、半角点(、)は1字としてご記入ください。		
郵便番号 (ハイフン無く)	□□□□□	電話番号 (左づめハイフン無く)	□□□□□□□□□□

申請者氏名と同じ名義の口座を記入

外国人等で保険証氏名と口座名義に相違がある場合は、通帳のコピーを毎回添付

振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。			
金融機関名称	銀行 <input checked="" type="radio"/> 金庫 <input type="radio"/> 信組 <input type="radio"/> <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 渔協 <input type="radio"/> <input type="radio"/> その他()	支店名	本店 <input type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> <input type="radio"/> 代理店 <input type="radio"/> 出張所 <input type="radio"/> 本店営業部 <input type="radio"/> <input type="radio"/> 本所 <input type="radio"/> 支所 <input type="radio"/>
預金種別	1 普通預金	口座番号 (左づめ)	□□□□□□□□

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合は、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。
ゆうちょ銀行口座番号(記号-番号)ではお振込できません。

2ページ目に続きます。 ➤

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の
提出代行者名記入欄

原則記入不要
記入すると確認書類が必要

以下は、検査使用欄のため、記入しないでください。

MN認証 (被保険者) 提出要領	1.記入済(印押あり) 2.記入済(印押なし) 3.未記入(印押あり)	支給料額
年齢	性別	男員
口座説明	年齢	女員
その他の記入欄	年齢	枚数
60	年齢	枚数

記入のポイント 傷病手当金（2ページ）

1 2 3 4 ページ

被保険者記入用

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者氏名

必ず記入

① 中請期間
(療養のために休んだ期間)

令和 年
令和 年

未来日の申請はできません。
初回の申請は、待期期間（連続した3日間）
を含めてご記入ください。

② 被保険者の仕事の内容
(退職後の半程の場合は、退職前の仕事の内容)

車内

④ 発病・負傷年月日

療養担当者記入欄(4ページ)に記入されている箇所である場合は、左記に記入してください。
別箇所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要けてください。

1.平成 年 月
2.令和 年 月

2回目以降の請求時や退職後も必ず記入

⑤-1
傷病の原因

1.仕事中以外(業務外)での傷病
2.仕事中(業務上)での傷病

⑤-2
労働災害・通勤災害の認定を受けていますか。

1.はい
2.請求中(労働基準監督署)
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。

1.はい
2.いいえ

「療養担当者記入用」欄から転記

業務に起因する病気・ケガ(労働災害・
通勤災害)以外は「1」を記入

①-1
中請期間(療養のために休んだ期間)に報酬を受けましたか。

1.はい ➡ ①-2へ
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明細に記入されている内容とありますか。

1.はい
2.いいえ ➡ 事業主へご確認のうえ、正

②-1 賃病年金、賃害手当金について
今回傷病手当金を申請するものと同一の傷病で
「賃病厚生年金」または「賃害手当金」を受給して
いますか。(同一の傷病で賃病年金等を受給して
いる場合は、傷病手当金の額を調整します)

1.はい ➡ ②-3へ
2.いいえ

②-2 老齢年金等について
元老齢年金による傷病保険料の免除について、
傷病手当金を申請する場合はご記入ください。
老齢または通勤を事業主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)

1.はい ➡ ②-3へ
2.いいえ

毎回すべて記入
※②-2、②-3は該当する場合のみ

報酬事項

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。

基報年金
番号 -
年金
コード
支給開始
年月日 1.平成 年 月 日
年金額 円(税込)

③ 勝利災
害補償
金

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。

1.はい
2.請求中(労働基準監督署)
3.いいえ

「1.はい」の場合 ➡
「2.請求中」

記入の手引きをご確認ください。

「事業主記入用」は3ページ目に続きます。»»»

6 0 1 2 1 1 0 1

記入のポイント 傷病手当金（3ページ）

自動審査システムで支給金額の算出を行っているため、誤りのないように記入願います。
誤りがあると減額・不支給になる可能性があります。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 ページ
事業主記入用

勤務状況 2ページの中間期間のうち出勤した日付を○印で記入ください。※複数(“、”は1字としてご記入ください)。

必ず記入 (カタカナ)

必ず記入 (○印)

★勤務状況は
出勤した日を○で囲む
公休・有給・欠勤→記入不要

必ず記入

★出勤していない日に対して支払った報酬等
があれば記入（有給・1か月固定の手当等）
★手当の名称・給与の計算式は記入不要
★「0円」の場合、期間・金額ともに記入不要

必ず記入

証明日は、申請期間経過後の日付

6 0 1 3 1 1 0 1

全国健康保険協会
協会けんぽ

3 / 4

**出勤日（○印）に
支払った報酬等は記入し
ない。**
(自動審査で減額・不支給に
なる可能性があります。)

【例】
**1か月のうち
10日間欠勤
10日間公休
10日間出勤（日給10,000円）
ほかに手当なしの場合**

↓
**× 100,000円
○ 何も記入しない
(出勤分賃金は記入しない)**

記入のポイント 傷病手当金（3ページ）

記入例① 申請期間中の出勤・賃金支払いなしの場合 (4/1~30)

令和 05 年 04 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
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
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
2ページの中識期間のうち、出勤していない日（上記○で囲んだ日以外の日）に対して、報酬等（※）を支給した日がある場合は、支給した日と金額をご記入ください。 ※有給休暇の場合は、出勤等の有無に問わらず支給している手当（扶養手当・住宅手当等）、食事・住居等引物支給しているもの等	
例 令和 05 年 02 月 01 日 から 05 年 02 月 28 日 3000000 円	① 令和 年 月 日 から 年 月 日 ② 令和 年 月 日 から 年 月 日 ③ 令和 年 月 日 から 年 月 日

★証明日は令和5年4月30日以降の日付

記入例② 申請期間中に有給がある場合（出勤なし） (4/1~30) （4/1、4/2、4/20 1日当たり10,000円）

令和 05 年 04 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
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
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
2ページの中識期間のうち、出勤していない日（上記○で囲んだ日以外の日）に対して、報酬等（※）を支給した日がある場合は、支給した日と金額をご記入ください。 ※有給休暇の場合は、出勤等の有無に問わらず支給している手当（扶養手当・住宅手当等）、食事・住居等引物支給しているもの等	
例 令和 05 年 02 月 01 日 から 05 年 02 月 28 日 3000000 円	① 令和 05 年 04 月 01 日 から 05 年 04 月 02 日 20000 円 ② 令和 05 年 04 月 20 日 から 05 年 04 月 20 日 10000 円 ③ 令和 年 月 日 から 年 月 日

「支払った期間」を記入

支払った金額を記入

★証明日は令和5年4月30日以降の日付

記入のポイント 傷病手当金（3ページ）

記入例③ 申請期間中に出勤日がある場合（出勤日以外賃金支払いなし）
 (4/1~30) (4/7,14,21,28)

令和 05 年 04 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
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
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

2ページの中請期間のうち、出勤していない日（上記○で囲んだ日以外の日）に対して、報酬等（※）を支給した日がある場合は、支給した日と金額をご記入ください。
 ※有給休暇の場合の賃金、出勤等の有無に問わらず支給している手当（扶養手当・住宅手当等）、食事・住居等引換支給しているもの等

例 令和 05 年 02 月 01 日 から 05 年 02 月 28 日 30 0 0 0 0 0 円
① 令和 年 月 日 から 年 月 日 内
② 令和 年 月 日 から 年 月 日 内
③ 令和 年 月 日 から 年 月 日 内

★証明日は令和5年4月30日以降の日付

記入例④ 申請期間中に出勤日がなく、住宅手当1か月分満額支給された場合
 (4/1~30) (20,000円)

令和 05 年 04 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
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
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

2ページの中請期間のうち、出勤していない日（上記○で囲んだ日以外の日）に対して、報酬等（※）を支給した日がある場合は、支給した日と金額をご記入ください。
 ※有給休暇の場合の賃金、出勤等の有無に問わらず支給している手当（扶養手当・住宅手当等）、食事・住居等引換支給しているもの等

例 令和 05 年 02 月 01 日 から 05 年 04 月 30 日 30 0 0 0 0 0 円
① 令和 05 年 04 月 01 日 から 05 年 04 月 30 日 内
② 令和 年 月 日 から 年 月 日 内

支払った期間を記入
 (今回の例は賃金計算の締め日が月末)

支払った金額を記入

★証明日は令和5年4月30日以降の日付

記入のポイント 傷病手当金（4ページ）

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 ページ

療養担当者記入用

患者氏名 (カタカナ)													
姓と名の間は1マス空けてご記入ください。漢字(「)、半角点(「。」)は1字としてご記入ください。													
労働不能と認めた期間 (勤務先での復旧の判断に該することができない期間をいいます。)	令和	□□□	年	□□□	月	□□□	日	から					
	令和	□□□	年	□□□	月	□□□	日	まで					
傷病名 (労働不能と認めた傷病をご記入ください)					初診日 (療養の給付の開始年月日)	□	1. 平成	□□□	年	□□□	月	□□□	日
発病または負傷の原因													
発病または負傷の年月日	<input type="checkbox"/>	1. 平成	□□□	年	□□□	月	□□□	日					
労働不能と認めた場合に影響した日がありましたが。	<input type="checkbox"/>	1. はい											
<input type="checkbox"/>	2. いいえ												
このページはすべて 療養担当者(主治医等)が記入 するところ													
上記期間中における 「生じたる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等													
上記のとおり相違ないことを証明します。													
医療機関の所在地	令和	□□□	年	□□□	月	□□□	日						
医療機関の名称													
医師の氏名													
電話番号													

6 0 1 4 1 1 0 1