

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 年 月 日 から 令和 年 月 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	☐ 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	☐ 1. 平成 年 月 日 2. 令和 年 月 日
⑤ - 1 傷病の原因	☐ 3. 仕事以外(業務外)での傷病 4. 工作中(業務上)での傷病 5. 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。	☐ 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 「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。

① 報酬 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。	☐ 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証明欄に記入されている内容のとおりですか。	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ ➡ 事業主へ確認のうえ、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）	☐ 1. はい ➡ ②-3へ ☐ 2. いいえ	「1. はい」の場合 ➡																																																
②-2 ※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）	☐ 1. はい ➡ ②-3へ ☐ 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。	<table border="1"> <tr> <td>基礎年金番号</td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>年金コード</td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>支給開始年月日</td> <td> </td> <td>1. 平成 </td> <td>2. 令和 </td> <td>年 </td> <td>月 </td> <td>日 </td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>年金額</td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> 円(右づめ)	基礎年金番号					-							年金コード													支給開始年月日		1. 平成	2. 令和	年	月	日						年金額											
基礎年金番号					-																																													
年金コード																																																		
支給開始年月日		1. 平成	2. 令和	年	月	日																																												
年金額																																																		
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。	☐ 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」 ➡																																																

『健康保険傷病手当金支給申請書記入例』を、ご確認ください。

「事業主記入用」3ページ目に続きます

傷病手当金 支給申請書

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。濁点(゜)・半濁点(゜)は1字としてご記入ください。																										
労務不能と認めた期間 (勤務先での従前の労務に服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 (労務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		1. 平成		年		月		日	2. 令和		年		月		日											
労務不能と認めた期間に診療した日がありましたか。		1. はい																								2. いいえ
上記期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等																										
上記のとおり相違ないことを証明します。 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																										
電話番号																										