

# 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

## 記入例

被保険者（申請者）情報	記号	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		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	7××	×××		
	氏名	(フリガナ)ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 × × ×
	住所	(〒 ×××-××××) ×× 都 道 ××市 ××町×丁目×番地× 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) **在籍中と退職後・退職予定で記入することが異なるので注意**  
 本申請書の受領を事業主へ委任します。  
【注1】在籍中の方は両方ともします。提出・受領ともに事業主へ委任してください。  
「振込先指定口座」の記入はせずに「受取代理人の欄」の「被保険者」欄に署名します。  
【注2】すでに退職している・近々退職予定の方は上の口を空欄のまま「振込先指定口座」欄にご記入ください。  
【注3】被保険者が亡くなった場合は上の口を空欄のまま「振込先指定口座」に受取人の振込口座をご記入ください。

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> 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 <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。		
	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	普通	口座番号 (左づめ)
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。		

受取代理人の欄	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	
	被保険者 (申請者)	氏名 健保 太郎 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)	住所 (〒 - ) TEL ( )	委任者から みた代理人 との関係

## 事業主記入欄

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

受付日付印

# 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

申請内容	1 傷病名	1) 虫垂炎 2) 3)	2 発病または負傷年月日	令和 7年 4月 5日 令和 年 月 日 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。 ケガの場合は負傷原因届	1 1. 病気 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください	(発病時の状況) 急におなかが痛くなった	
	4 療養のため休んだ期間(申請期間)	(令和) 年 月 日 07 04 05 から 日数 07 04 12 まで 8 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)	総務部			

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。	2 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 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。	3 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	資格喪失後は記入
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 □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	3 1. はい 2. 労災請求中 3. 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	

【初回申請時添付書類】 ①「同意書」

②ケガでの傷病の場合、「負傷原因届」

初回添付書類を確認

③申請期間初日が加入から2年未満(新卒除く)の場合、「取得接近調査書」

④障害厚生年金・障害手当金・老齢退職年金を受給している場合、「年金証書(写)」・

「年金額改定通知書(写)」。

改定があった場合はその都度改定通知書を提出

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>