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

※1　全国協会けんぽ用の申請用紙は不可。当健保組合専用の用紙をご利用ください。
※2　初回（1回目）の申請時は、「同意書」をご提出ください。（5枚目）
※3　申請内容の審査・確認により、決定まで1～2か月以上要する場合がありますので、ご了承ください。

被保険者（申請者）情報

	記号	番号	生年月日　年　月　日
被保険者等の（右づめ）			□ 昭和 □ 平成 □ 令和
氏名	（フリガナ）		
住所	（〒　－　）　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

□ 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）下記の欄へ記入された場合は、記入された振込先指定口座へ振り込みます。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

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。
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）	（〒　－　）　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。〉〉〉

被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。また、マイナンバーが記載された申請書を事業主経由で提出する場合、「委任状などの代理権が確認できる書類」「代理人の身元確認書類」などの添付が必要となります。）

備考欄	
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)	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

◎初回の申請には、申請期間中の賃金台帳と出勤簿（タイムカード）の写しを添付してください。また、申請期間内に出勤・有給などがある場合も、賃金台帳と出勤簿（タイムカード）の写しを添付してください。

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
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

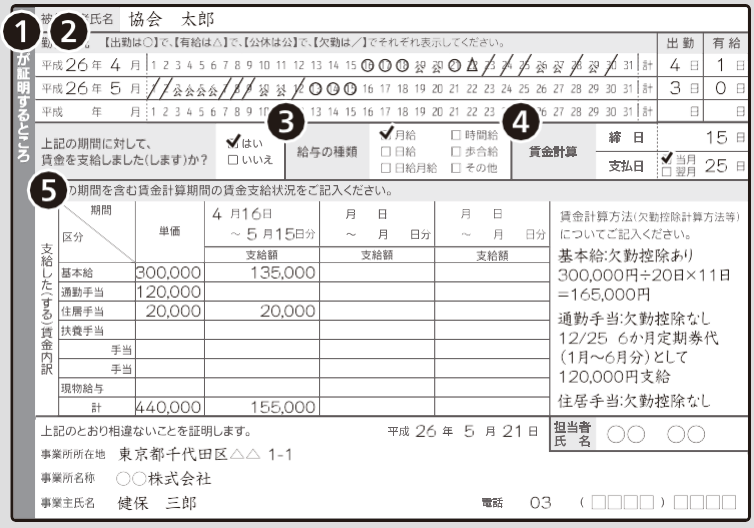
担当者氏名

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　電話　（　）

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

傷病手当金意見書（医師等が意見を記入するところ）

患者氏名		※ 意見書は重要な判断材料となりますので、空欄の箇所について全て楷書体でご記入ください。空欄又は判読できない場合は返戻させていただく場合がございます。	
傷病名	1） 2） 3）	療養の給付開始年月日（初診日）	1）平・令　年　月　日 2）平・令　年　月　日 3）平・令　年　月　日
発病又は負傷年月日	平・令　年　月　日　☐発病　☐負傷	発病又は負傷の原因	
A 労務不能と認めた期間	令　年　月　日　から 令　年　月　日　まで　日間	Aの期間のうち診療実日数	日
		※ゼロ日の場合はその理由	
Aの期間のうち入院期間	令　年　月　日　から 令　年　月　日　まで　日間	転 帰	☐ 治癒　☐ 中止　☐ 繰越　☐ 転医

主たる症状及び経過（治療内容、検査結果、療養指導等を詳しく）

Aの期間の症状	
Aの期間の治療状況	
前回の症状との比較	

就業可能な時期（見込）	1）令和　年　月　日より就業可能（見込）	2）その他（　）

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所見
（※記載内容について、不明点等がありましたらご照会させていただきますので、予めご了承ください。）

人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき

人工透析の実施日又は人工臓器を装着した日

平・令　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（　）

記載内容について相違ありません。　＊2 令和　年　月　日

所在地

医療機関名

医師氏名

電話番号　（　）

＊1 ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名（サイン）をご記入ください。
＊2 証明日については、A 労務不能と認めた期間の最終日以降の日付でご記入ください。

※初回（１回目）の申請時は、ご提出ください。

同　　意　　書

私は、健康保険法に基づく私に対する保険給付の支給可否決定に関する調査のため、服装健康保険組合が必要とする事項（私の個人情報を含む）について、関係する官公庁、医療保険者、医療機関、事業所及び負傷に関わった団体等に対して服装健康保険組合が照会を行い、回答・提供を受けることについて同意いたします。

なお、上記照会を行うにあたり、服装健康保険組合が当該機関等に対して、必要な範囲内で照会に関する説明を行うことについて了承いたします。

また、本書の写しも有効といたします。

服装健康保険組合理事長　様

同意年月日　　令和　　年　　月　　日

被保険者等記号・番号＿＿＿＿＿＿＿＿－＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿