

# 健康保険傷病手当金支給申請書 (第 回)

◎記入については、裏面「記入上の注意」をご覧ください。  
 ◎添付書類等については裏面に掲載してあります。必ずご覧ください。  
 ◎雇用保険受給者は、傷病手当金の支給対象外となります。

被保険者証の記号・番号		④ 被保険者の生年月日		⑤ 支給額 計算		⑥ 給番		⑦ 代理 送信		⑧ 受付年月日	
①		②		③		1. 明大昭平 3. 年 月 日 5. 年 月 日 7. 年 月 日		* 1 2 3 * 4 5		* 0. 無有 * 1. 有	
⑨ 被保険者(申請者)の氏名 (フリガナ)		⑩ 郵便番号		⑪ 住所 (フリガナ)		⑫ 被保険者の取得した年月日		⑬ 平成 年 月 日		⑭ あなたのしていた仕事の内容 (事業所名)	
⑯ 傷病名		⑰ 傷病コード		⑱ 初診日		⑲ 年 月 日		⑳ 年 月 日		㉑ 年 月 日	
㉒ 老人保健法の医療を受けたとき		市町村番号		受給者番号		発行機関等					
㉓ 介護保険法の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					
㉔ 発病時の状況を詳しく(負傷の場合は裏面㉕を記入してください)										㉖ 第三者行為によるものですか 0: いいえ 1: はい 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください	
㉗ 療養のため休んだ期間(申請期間)		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		日間		自 年 月 日 至 年 月 日					
㉘ うえの㉙に書かれた期間の部分を引かれますか。又は受けられますか。		① 受けた ② 受けられない		③ 報酬の支払いを受けた(受けられる)ときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		の分として 円			
㉚ 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか		障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名		④ 基礎年金番号							
資格喪失者及び任意継続被保険者の方		㉛ 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか		いいえ・請求中・はい							
㉜ 労災保険から休業補償給付を受けている間の傷病手当金の請求ですか。		いいえ 労災請求中 はい		㉝ 左の欄で「労災請求中」または「はい」の方は右欄を記入してください。		請求(支給)労働基準監督署名					
⑳ 支給回数		㉞ 支給算出額(手)		㉟ 調整減額コード		㊱ 調査先コード		㊲ 海外表示 0. 国内 1. 海外		㊳ 特別支給コード	
108条		年 月 分 自 年 月 日 至 年 月 日		日間		円		日額		円	
㉜ 減額期間		期間 自 年 月 日 至 年 月 日		日数		金額		円			
㉝ 全額不支給		期間 自 年 月 日 至 年 月 日		日数		(備考)		円			
㉞ 不支給(法定外)		期間 自 年 月 日 至 年 月 日		日数		円		日額		円	
㉟ 支取区分		1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払		㊴ 預金種別		1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別		銀行 本店 金庫 支店 信組 出張所 信連 本所 漁連 支所 農協 本店 漁協 支店			
㊵ 金融機関コード		㊶ 口座番号		㊷ 口座名義							
銀行送金の場合		銀行 支店		郵便局送金の場合		郵便局					
㊸ 受取代理人の欄		平成 年 月 日		本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		平成 年 月 日提出		受付日付印			
㊹ 代理人の氏名		フリガナ		㊺ 委任者と代理人との関係							
㊻ 代理人の住所		フリガナ		㊼ 電話		( )					

○「初回申請分」には、申請期間とその期間前1ヶ月分の賃金台帳と出勤簿  
(タイムカード)の写を添付してください。

事業主が証明するところ	㉞ 労務に服さなかった日 (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)															出勤	有給																		
	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
	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
	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
	労務につかなかった期間のうちの賃金支払状況(出勤した日、有給休暇の日を除く) (1) 支給しない 現在も将来も支給しない場合はその理由を記入してください。															賃金計算																			
	(2) 全部または一部支給した(する)場合はその内訳															締日	日																		
																支払日	日																		
	㉟ 支給した(する)内訳	支給期間	単価	全部支給	一部支給	一部支給	支払日	給与の種類 (○で囲んでください)																											
		区分		月日～月日	月日～月日	月日～月日																													
		基本給				月日	月給																												
家族手当					月日	日給																													
手当					月日	月給																													
手当					月日	時間給																													
現物給与					月日	歩合給																													
計					月日	その他																													
上記のとおり相違ないことを証明します															担当者氏名																				
平成 年 月 日 事業所所在地																																			
															事業所名称																				
															事業主氏名																				
															☎ 電話 ( )																				

患者氏名																																		
療養担当者が意見を書くところ	傷病名	(1)	㉞ 療養の給付開始年月日(初診日)	(1)	年	月	日																											
		(2)		(2)	年	月	日																											
		(3)		(3)	年	月	日																											
	発病または負傷の年月日	平成 年 月 日	発病負傷	発病または負傷の原因																														
㉞ 労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間																																
㉞ ㉟ のうち入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	療養費用の別	健保	自費	公費 ( )	その他																											
診療実日数	日	診療日を○で囲んでください	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
			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
㉞	㉞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(くわしく)						手術年月日	平成 年 月 日																										
						退院年月日	平成 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																																		
人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき	人工透析を実施又は人工臓器を装着した日			昭和・平成 年 月 日																														
	人工臓器等の種類	ア、人工肛門 イ、人工関節 ウ、人工骨頭 エ、心臓ペースメーカー			オ、人工透析 カ、その他 ( )																													
上記のとおり相違ありません 医療機関所在地																																		
平成 年 月 日 医療機関の名称																																		
医師の氏名																																		
☎ 電話 ( )																																		

## 〈傷病手当金の支給要件〉

被保険者が療養のため仕事を休み給料をうけられないなど、次の四つの条件を満たしたときは、傷病手当金が支給されます。

- ① 病気・けがで療養中であること—自宅療養や、健康保険を使わず自費で診療を受けていてもかまいません。ただし、健康保険で診療をうけられない美容整形などでは支給されません。
- ② 仕事につけないこと（労務不能）—今までやっていた仕事につけない場合をいいます。今までより軽い仕事についたり、医師の指示で半日出勤するような場合は、労務不能とは認められません。
- ③ 4日以上仕事を休むこと—療養のため仕事を休んだ日が連続して3日間（待期）あったうえで、4日以上休んだ場合に、4日目から支給が開始されます。
- ④ 給料をうけられないこと—給料をうけていても傷病手当金の額より少ないときは、差額が支給されます。



休業1日につき標準報酬日額の6割が、支給開始日から1年6カ月以内で、支給要件を満たした期間について支給されます。

※平成19年4月から、支給額が休業1日につき標準報酬日額の3分の2に改正されます。

※傷病手当金をうけられる期間（1年6カ月）が残っていても、①厚生年金保険の障害厚生年金または障害手当金、②退職後、老齢厚生年金等をうけられるようになると、傷病手当金はうち切られます。ただし、障害厚生年金（同時に障害基礎年金をうけられるときはその合算額）や老齢厚生年金等の額が傷病手当金の額より少ないときは、その差額が支給されるなどの調整が行われます。

負傷原因記入欄	初回申請時のみ記入してください。 相手のいる負傷の場合は、「第三者の行為による傷病届」が必要となります。（記入上の注意1の7参照）	
①負傷の原因について記入してください（該当する□にチェック（☑）を記入してください）		
被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	<p>【負傷日時・場所等】</p> <p>1. いつケガ（負傷）をしましたか 平成 年 月 日（ 曜日） □午前 □午後 時 分頃</p> <p>2. ケガ（負傷）をした日は次のうちどの日でしたか □出勤日 □休日（定休日・休暇含む） □その他（ ）</p> <p>3. ケガ（負傷）をした時は次のうちどの時間帯でしたか □勤務時間中 □通勤途中（□出勤・□退勤） □出張中 □私用 □その他（ ）</p> <p>4. ケガ（負傷）をした場所はどこでしたか □会社内 □道路上 □自宅 □その他（ ）</p> <p>5. ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか。 □交通事故 □暴力（ケンカ） □スポーツ中（□職場の行事 □職場の行事以外） □動物による負傷（飼い主□有 □無）</p> <p>あてはまる原因がある場合、被害者ですか、加害者ですか 相手 □有 → { □あなたは被害者 □無 { □あなたは加害者</p>	<p>【受診した医療機関】</p> <p>6. 診療を受けた病院名とその機関等 病院名 _____ 年 月 ~ 年 月 □治ゆ □治療中 病院名 _____ 年 月 ~ 年 月 □治ゆ □治療中</p> <p>7. 負傷をしたときの状況（原因）を具体的に記入してください</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div> <p>8. 申請者が代表取締役等役員の方の場合 労災保険に特別加入していますか □加入有 □加入無</p>

## 記入上の注意 1（被保険者が記入するところ）

- ①⑧⑨⑩の欄は、該当する番号をマル（○）で囲んでください。
- ⑨の欄は、被保険者が自ら記入（自署）する場合には、押印は不要です。なお、被保険者以外の方の押印を省略することはできません。
- ⑪の欄は、単に事務員、工員と記入することなく「経理担当事務員」「仕上工」「旋盤工」等具体的に記入してください。
- ⑫の欄は、老人保健の医療受給者証に記載されている事項について記入してください。
- ⑬の欄は、介護保険の被保険者証に記載されている事項について記入してください。
- ⑭の欄は、日時（いつ、何時頃）、場所（どこで）、何をしていたとき等具体的に記入してください。  
なお、傷病の原因が負傷の場合（ねんざ・打撲・擦傷・骨折・打ち身など）は、右記の⑮欄を必ず記入してください。（初回分のみ）
- 【第三者行為の場合】  
⑯の欄で「1：はい」と答えた場合は、「第三者の行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは社会保険事務所にお問い合わせください。（「第三者の行為による傷病届」の提出については、同じ傷病における申請の場合、初回時のみの提出となります。二回目以降は提出不要です）
- ⑰の欄の日数（日間）は、両端を入れて計算してください。たとえば、4月5日から4月15日までは、11日間となります。
- ⑱⑲⑳の欄は、該当するものをマル（○）で囲んでください。（下記10～12参照）
- ㉑の欄は、申請書を提出するとき、現在までのことを「受けた」「受けない」に、又将来のことを「受けられる」「受けられない」に分けて二つの事項を○で囲んでください。
- ㉒の欄は、㉑の欄または㉓の欄で「はい」または「請求中」に○をつけた方および60歳以上の方は、基礎年金番号を記入してください。
- ㉔の欄は、㉓の欄で「はい」に○を付けた方のみ、老齢退職年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類に記載されている『年金コード』または『記号番号』もしくは『番号』を記入してください。

## 記入上の注意 2（支払金融機関の欄・受取代理人の欄）

- ㉕の欄は該当する金融機関をマル（○）で囲んでください。㉖支払区分の内容は次のとおりです。

支 払 区 分	内 容
1 振 込	給付が決定した場合、指定の金融機関の口座へ振込みます。郵便局の口座への振込は行っていません。
2 銀 行 送 金	給付が決定した場合、指定の銀行の窓口で受け取ることができます。
3 郵 便 局 送 金	給付が決定した場合、指定の郵便局の窓口で受け取ることができます。
4 当 地 払	給付が決定した場合、管轄の社会保険事務所の窓口で指定された日時に受け取ることができます。

- ※ 「2 銀行送金」と「3 郵便局送金」は、指定できない場合があります。希望されるときはあらかじめ社会保険事務所にご確認願います。  
「当地払い」は、管轄の社会保険事務所から通知により指定された日時に受けることとなりますので、ご了承願います。

以上により、銀行等に口座がある場合は、便利で確実な「振込」を希望されることをおすすめいたします。

- 給付金の受け取りを他人に委任するときは、受取代理人の欄に必要な事項を記入してください。また、支払金融機関の欄に受取代理人名義の口座を記入してください。  
なお、受取代理人の欄の被保険者および受取代理人の㉗は必ず押してください。

## 添付書類について

- 「初回申請分」には、申請期間とその期間前1ヶ月分の賃金台帳と出勤簿（タイムカード）の写を添付してください。  
なお、役員等の場合で賃金台帳と出勤簿が無い場合は「議事録の写」を添付してください。
- ㉓の欄で「はい」に○を付けた方は、『老齢退職年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類の写し』、『老齢退職年金給付の額、支給開始年月を証明する書類、および直近の額を証明する書類（年金額改定通知書等）』を添付してください。
- ㉑の欄で「はい」に○を付けた方は、『休業補償給付支給決定通知書の写し』を添付してください。
- 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。（翻訳文には、翻訳者の住所および氏名を明記してください）

## 事業主へのお願い

- (1)は「給与規定第 条により支給しない」等と参考事項を記入してください。
- (2)は㉑の期間中の分として支払う（支払予定を含む）報酬を記入してください。
- 月給者で支給しない場合は特に理由をくわしく記入してください。（(1)に記入）
- 「全額支給」又は「一部支給」とは、一日当たりの賃金の全額又は一部のことです。

## 療養担当者へのお願い

- ㉘は同一疾病または因果関係がある疾病についてなるべくその疾病の初診の日を記入してください。
- ㉙は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を記入してください。
- ㉚の欄はなるべくくわしく記入してください。
- 複数の傷病名がある場合、傷病名欄は(1)から主たる病名を順次記入してください。
- ㉛については、証明日以前の期間のみに限ります。