届書コード		
6	3	1

健康保険　傷病手当金支給申請書（第　　回）

◆ ◎記入方法および添付書類等については、裏面を確認してください。
消せるペンは使用しないでください。

被保険者が記入するところ

㋐ 被保険者等の記号・番号		㋑ 被保険者（申請者）の氏名 ※自署または押印	（フリガナ）	㋒ 被保険者の生年月日		
				年	月	日

㋓ 被保険者（申請者）の住所	（フリガナ） 〒　　－ 都道府県　　電話　（　　）

㋔ 資格取得年月日	㋕あなたの仕事の具体的な内容・役職名	㋖ 傷病名		㋗ 初診日			
年　月　日		1)		1)	年	月	日
		2)		2)	年	月	日
		3)		3)	年	月	日

㋘ 発病時の状況を詳しく（負傷の場合は裏面を記入してください。）		㋙ 第三者行為によるものですか ☐ はい　☐ いいえ 「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出してください
㋚ 療養のため休んだ期間（申請期間）	年　月　日から 年　月　日まで　日間	

㋛ ㋚の期間（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。	☐ 受けた　☐ 受けない ☐ 今後受ける　☐ 今後も受けない
㋜ ㋛で「受けた」（「今後受ける」）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）期間を記入してください。	年　月　日から 年　月　日まで　円
㋝ 「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。	☐ はい　☐ いいえ　☐ 申請中 ☐ 障害厚生年金　☐ 障害手当金
㋞ ㋝で「はい」または「申請中」と答えた場合、受給の要因となった（なる）傷病名を記入してください。	

㋟ ㋝で「はい」または「申請中」と答えた場合、記入してください。（「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。）

基礎年金番号	年金コード	支給開始年月日	年金額
		年　月　日	円

㋠ 資格喪失した方で、その後も継続して傷病手当金を申請する場合、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。	☐ はい　☐ いいえ　☐ 申請中

㋡ ㋠で「はい」または「申請中」と答えた場合、記入してください。（「申請中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。）

基礎年金番号	年金コード	支給開始年月日	年金額
		年　月　日	円

㋢ 労災保険から休業補償給付を受けている期間の傷病手当金の申請ですか。	☐ はい　☐ いいえ　☐ 労災申請中
㋣ ㋢で「はい」または「労災申請中」と答えた場合、支給元または請求先の労働基準監督署名を記入してください。	労働基準監督署

振込希望口座

㋤	銀行　信組 金庫　農協	店・本店 支店・出張所 支所
金融機関コード		店番号：

㋥ 預金種別	普通 当座 貯蓄	口座番号		口座名義（カタカナで記入）	

備考欄

年　月　日 提出

受付日付印

▼給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください

受取代理人の欄

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。

年　月　日

被保険者（申請者）　住所

氏名

受取人情報		
代理人の氏名	（フリガナ）	委任者と代理人との関係
代理人の住所	〒　　－ 電話　（　　）	

2024.12

《記入上の注意》

1．㋑欄は被保険者が亡くなられて、ご遺族の方が申請する場合は、申請者の氏名を記入してください。（㋓欄の住所も同様です。）
　㋒欄の生年月日は被保険者が亡くなられた場合でも被保険者の生年月日を記入してください。
2．㋕欄は「事務員」、「販売」、「技術職」等と記入することなく、「経理担当事務」、「店舗販売員」、「エステティシャン」等具体的に記入してください。
3．㋖欄は日時、場所、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（捻挫、打撲、骨折、擦傷、打ち身等）の場合は、下記の「負傷原因記入欄」を必ず記入してください。
（初回申請時のみ）
4．㋘欄で「はい」と答えた場合は、「第三者による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは健康保険組合にお問い合わせください。（「第三者による傷病届」の提出については、同じ傷病における申請の場合、初回申請時のみの提出となります。二回目以降の申請の際は提出不要です。）
5．訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し訂正印を押してください。（修正液等は使用しないでください。）
6．平成29年1月から申請は「被保険者等の記号・番号又は個人番号（マイナンバー）」のどちらかを選択して申請できるようになりました。
　個人番号による申請をする場合（備考欄等に記載）は、従来の申請とは添付書類・取扱いなどが異なりますので、給付課（TEL03-3862-5101音声案内②）までご連絡をいただきますようお願い申し上げます。

《添付書類について》

1．（事業主の方へ）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賃金台帳と出勤簿（タイムカード）の写しの添付をお願いします。（初回申請時には上記期間前１ヵ月分もお願いします。）なお、役員などで、賃金台帳および出勤簿がない場合は、役員報酬を支給しないこととする役員会議議事録の写しを添付してください。
2．障害厚生年金の給付を受けている方は、「障害厚生年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類の写し」および「障害厚生年金給付の額、支給開始年月を証明する書類および障害厚生年金の直近の額を証明する書類（年金額改定通知書等）の写し」を添付してください。
3．老齢退職年金の給付を受けている方は、「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」および「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老齢退職年金の直近の額を証明する書類（年金額改定通知書等）の写し」を添付してください。
4．労災保険から休業補償給付を受けている方は、「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。
5．第三者による傷病の場合は、「第三者行為による傷病届」を提出してください。
6．被保険者が亡くなられ、ご遺族の方が請求する場合、被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等を添付してください。
7．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、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください。）

負傷原因記入欄　（初回申請時のみ記入してください。）

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（☑）してください）

被保険者が記入するところ

【負傷日時・場所等】
1．いつケガ（負傷）をしましたか。
　　年　　月　　日（　　曜日）
　□午前 ・ □午後　　時　　分頃

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（　　）

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（　　）

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（　　）

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）
　□あてはまらない

6．「上記５」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。
　相手 □有 → □あなたは被害者
　　□無　　□あなたは加害者

※ 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。

【受診した医療機関】
7．診療を受けた医療機関名とその期間等

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　年　月～　　年　月 □治癒 ・ □治療中

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　年　月～　　年　月 □治癒 ・ □治療中

8．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。

9．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

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および賃金支払状況等を記入してください。

事業主が証明するところ

㋚勤務状況（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
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

㋛労務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しました（します）か？　□ はい ・ □ いいえ

㋜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賃金支給状況を下欄に記入してください。

賃金内訳	手当の名称等	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				
	現物給与				
	計				

給与の種類　（〇で囲んでください）
月給　日給　月給日給　時間給　歩合給　その他

賃金計算
締日　日　支払日　当月 翌月　日

●賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）をご記入ください。

担当者氏名

上記のとおり相違ないことを証明します。
年　月　日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話

※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賃金台帳と出勤簿（タイムカード）の写しの添付をお願いします。

療養担当者が意見を記入するところ

患者氏名			
傷病名	(1) (2) (3)	㋝ 療養の給付開始年月日（初診日）	(1) (2) (3)
発病または負傷の年月日	年　月　日　発病 負傷	発病または負傷の原因	
㋟ 労務不能と認めた期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間		
㋠ ㋟のうち入院期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間 入院	療養費用の別	健保　自費　公費（　）　その他
		転帰	治癒　繰越　中止　転医

診療実日数	日	診療日を〇で囲んでください。		
			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

㋡　（できるだけ詳しくご記入ください。）
㋟の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等

前回労務不能と認めた期間との症状の比較

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

人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日	S ・ H ・ R　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（

上記のとおり相違ないことを証明します。
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

※「傷病名」および㋝欄は複数の傷病名がある場合、（1）から主たる病名および初診の日を順次記入してください。
※㋟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とその日数を記入してください。また証明日以前の期間を記入してください。

傷病手当金の支給要件等

■支給を受ける条件

被保険者が病気やけがの療養のため仕事を休み、給与を受けられないなど、次の条件を満たした場合は、傷病手当金が支給されます。

１．業務外の事由による病気やけがのため療養中であること

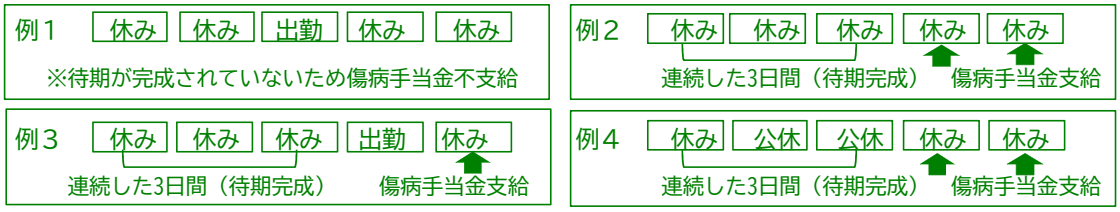
２．仕事につけないこと（労務不能）

労務不能の判定は、療養担当者（医師等）の意見を基に被保険者の従事する業務の種別を考慮し、本来の業務に耐えられるか否かを基準として行います。

３．連続する３日間を含み、４日以上労務に服せなかったこと

業務外の事由による病気やけがのため労務に服することができなくなってから休んだ日が連続して３日間あり、４日目以降労務に服せなかった日ごとに支給されます。この連続して休んだ３日間を「待期」といい、待期が完成していないと傷病手当金は支給されません。

★傷病手当金の待期



（注１）就労時間中に業務外の事由で発生した傷病について労務不能となった場合には、その日が待期期間の初日として起算されます。

（注２）公休日も待期期間に算入されます。

４．給与（報酬）の支払いがないこと

休んだ期間について、給与の支払いがない場合に支給されますが、給与の支払いがあっても傷病手当金の額より少ない場合は、その差額が支給されます。

＜資格喪失後の継続給付について＞

被保険者の資格を失った場合でも、資格喪失日の前日　（退職日等）　までに被保険者期間が継続して１年以上あり、資格喪失日の前日　（退職日等）　に傷病手当金の支給を受けているか、受けられる状態　（上記１～３の条件を満たしている）　であれば、資格喪失後も引き続き支給を受けることができます。

■支給期間と支給額

１．支給期間

傷病手当金は支給開始日から通算して１年６ヵ月の期間で支給されます。（出勤等に伴い、傷病手当金が支給されない期間がある場合、その期間を延長し支給期間が通算して１年６ヵ月に達するまで）　支給開始日は、実際に傷病手当金の支給が開始された日で、これを起算日としています。たとえば、労務不能のため仕事を休み３日間の待期を完成して、４日目も労務不能のため仕事を休み給与（報酬）の支払いを受けない場合は、４日目から支給され、その日が起算日となります。

また、給与(報酬)の支払いを受けることにより傷病手当金の支給を受けることができなかった場合には、給与の支給がなくなった、または傷病手当金の額より少ない額の給与が支給されるに至った日から傷病手当金の支給が開始され、その支給開始日が起算日となります。

２．支給額

傷病手当金の支給額は、支給を始める日の属する月以前の直近の継続した１２カ月間の各月の標準報酬月額を平均した額の３０分の１に相当する額 の３分の２に相当する額です。（被保険者期間が１年に満たない場合はお問い合わせください。）

給与の支払いがあって、その給与が傷病手当金の額より少ない場合は、傷病手当金と給与の差額が支給されます。

●出産手当金を同時に受けられるとき

傷病手当金と出産手当金を同時に受けられる場合は、出産手当金の支給が優先し、その間、傷病手当金は支給されません。ただし、出産手当金の額が、傷病手当金の額より少ないときは、その差額が支給されます。

●障害厚生年金または障害手当金を受けるようになったとき

傷病手当金を受けられる期間が残っていた場合でも、同一の傷病等による厚生年金保険の障害厚生年金か障害手当金を受けるようになったときは、傷病手当金は打ち切られます。ただし、障害厚生年金の額　（同一支給事由の障害基礎年金が支給されるときはその合算額）の３６０分の１が傷病手当金の日額より低い場合は、その差額が支給されます。また、障害手当金の場合は、傷病手当金の額の合計額が障害手当金の額に達することとなる日までの間、傷病手当金は支給されません。

●老齢退職年金を受けるようになったとき

退職後に傷病手当金の継続給付を受けている方が、老齢退職年金を受けるときは、傷病手当金は支給されません。ただし、老齢退職年金の額の３６０分の１が傷病手当金の日額より低い場合は、その差額が支給されます。

●労災保険から休業補償給付を受けているとき

労災保険から休業補償給付を受けている期間に、業務外の理由による病気やけがのために労務不能となった場合は、その期間中傷病手当金は支給されません。ただし、休業補償給付の日額が傷病手当金の日額より低い場合は、その差額が支給されます。