記入例

※ 支支払給決議書				決裁	常務理事	
伺年月日	令和 年 月 日					
支払年月日	令和 年 月 日					
支給額	円					
支給内訳 法定	款 項 目	円		資格	得 年 月 日	療養 得 年 月 日
付加					喪 年 月 日	喪 年 月 日

健康保険　傷病手当金請求書(第　回目)

◎記入の方法は記入例がありますからよく読んでください。◎添付書類等については記入例に掲載してあります。必ず◎雇用保険受給者は、傷病手当金の支給対象外となります。◎受取代理人の欄は記入例をご確認ください。未記入の場合は返却し、再提出をお願いいたします。

被保険者が記入するところ

被保険者の記号・番号(左詰め)	㋐ 生年月日	支給額計算	給付記録番号	受取代理人	受付年月日
4321 5978 9000	昭(平)4年 7月 9日	※1 2 3 4 5	※	※ 0:無 1:有	※ 年 月 日

㋑被保険者の(申請者)氏名	(フリガナ) ケンポ (氏) 健保	(フリガナ) タロウ (名) 太郎	事業所の名称 (会社名)
※押印不要の為、下記確認欄に☑が必要です。			㋒仕事の内容 (具体的に)
被保険者の(申請者)住所	郵便番号 100-0000	(フリガナ) トウキョウトチュウオウクマルマル	
	電話番号 03-××××-××××	住所 東京都中央区〇〇1−1 △△マンション101	

傷病名	1) 病名等 2) 病名等が2つ以上あれば 3) 病名等が3つ以上あれば	発病または負傷の年月日(初診日) 2020年 06月 01日
㋓発病時の状況を詳しく	※いつ・どこで・どのように	㋔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。
㋕療養のため休んだ期間(申請期間)	2020年 6月 1日から 2020年 6月 30日まで 30日間	自 ※ 年 月 日 至 ※ 年 月 日 日間
㋖うえの㋕に書いた期間の部分の報酬を受けましたか。又は受けられますか	受けた 受けない 受けられる 受けられない	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 年 月 日から の分として 年 月 日まで 円
㋗障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	いいえ・請求中・はい	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 / ㋘ 基礎年金番号
資格喪失者及び任意継続被保険者の方	㋙ 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
	㋚ 年金コード又は記号番号もしくは番号	年金額 円
㋛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	左の欄で はい 方は右欄 ※「はい

確認欄	
☑	この届出については、①または②の要件を満た ①申請者本人(被保険者)が作成したものであ ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

【訂正方法】
●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。
例 : ~~あいうえお~~ かきくけこ(健保太郎)

【重要】
必ず☑をお願いします。
押印に変わる重要事項となります。

支給回数	支給算出額(手)	調整減額コード	海外表示	特別支給コード	報酬日額 日額
	円				

原則、お勤め中の方は、2.事業所経由(銀行等記入不要)になります。
任継の方は、1.銀行振込(任継取得時にご記入の受取銀行口座のため銀行等記入不要)となります。
※退職者のみ銀行名等詳細記入必須。
★公金受取口座の利用制度詳細は、当健保HPお知らせをご覧ください。

受取金融機関

支払区分	1:銀行振込 2:事業所経由 3:公金受取口座		
口座番号		振込銀行	銀行 本店 支店 出張所
口座名義			

☑ ①本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。		被保険者(申請者)	日付 令和 7年 4月 1日
事業主名称	●●●●株式会社		氏名 健保 太郎
☐ ②本請求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

受取代理人の欄(①②いずれか☑)

被保険者(申請者)	住所 氏名	
代理人の氏名	フリガナ	
代理人住所	〒 − フリガナ 電話 ( )	

お勤め中の方は、事業主経由になります。
令和7年4月1日より
「受取代理人の欄」の①を選択し、事業主名・被保険者氏名・日付の記入をお願いします。
※事業主への受領委任は給付の都度とる運用に変更。

社会保険労務士の提出代行者名	

○申請期間とその期間前一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

㋓労務に服さなかった期間	年　月　日から　年　月　日まで　日間

下の表の数字に出勤は「○」、有休は「△」、公休は「公」、欠勤は「／」でそれぞれ表示して下さい。

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			
出勤　日	有給　日	年　月　日から　年　月　日まで	日間	円
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			
出勤　日	有給　日	年　月　日から　年　月　日まで	日間	円
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			
出勤　日	有給　日	年　月　日から　年　月　日まで	日間	円

給与の種類	賃金計算	締　日	支　払　日
月給・日給・時間給		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)現在までも、また将来も支給しない場合はその旨

(2)全部または一部支給した（する）場合はその内訳

上記のとおり相違ないことを証明します

担当者氏名

年　月　日　事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　　電話　（　　）

療養担当者が意見を書くところ

患者氏名

傷病名	(1)	㋖ 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	年　月　日　発病 負傷	発病または負傷の原因	
㋜労務不能と認めた期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間		
㋜のうち入院期間	年　月　日から　日間 年　月　日まで　入院	療養費用の別	健保　自費　公費（　　）　その他 転帰　治ゆ　繰越　中止　転医

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

㋟ ㋜の期間中における「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	年　月　日
	退院年月日	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	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

年　月　日

医療機関所在地

医療機関の名称

医師の氏名

電話　（　　）

記入上の注意1（被保険者が記入するところ）

◆ 保険証新規発行廃止に伴い、被保険者の記号・番号は、「資格情報のお知らせ／マイナポータル」で確認できます。

1. ㋐㋑の欄は、該当する番号をマル（〇）で囲んでください。
2. ㋑の欄は、押印は不要です。※押印に変わる重要事項として、必ず確認欄に☑をお願いします。
3. ㋒の欄は、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。
4. ㋓の欄は、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、㋔欄を必ず記入してください。（初回分のみ）
5. **【第三者行為の場合】**
   ㋕の欄で「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）
6. ㋖の欄の日数（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。
7. ㋗㋘㋙の欄は、該当するものをマル（〇）で囲んでください。（下記8～10参照）
8. ㋗の欄は、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〇で囲んでください。
9. ㋘の欄は、㋙の欄または㋚欄で「はい」または「請求中」に〇をつけた方および60歳以上の方は、基礎年金番号を記入してください。
10. ㋛の欄は、㋚の欄で「はい」に〇を付けた方のみ、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。
11. 字句を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者（または事業主担当者や証明者）の氏名（サイン）を記入してください。
12. 給付決定に際して、当健保組合より内容確認の連絡をさせていただくこともございます。

記入上の注意 2（支払金融機関の欄・受取代理人の欄）

1. 支払区分の欄は、該当する番号をマル（〇）で囲んでください。

支 払 区 分	内　　容
1 銀 行 振 込	給付が決定した場合、指定の銀行の口座へ振込みます。
2 事業所経由	**原則被保険者本人の在籍している事業所にまとめて送金しますので、事業所担当者より受取ってください。**
3 公金受取口座	公金受取口座利用制度については、デジタル庁ホームページをご確認いただき、事前に登録が必要となります。

2. **在籍者は原則「①本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。」を選択し、事業主名・氏名・日付を記入してください。**
   ただし、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事項を記入し、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。
3. 公金受取口座の利用について
   ●利用の際には、マイナポータルにおいて事前登録が必要です。
   ※公金受取口座は、マイナポータルからいつでも変更が可能なため、預貯金口座の実在性の確認等が行われます。
   登録した情報等の反映までに数日程度要することがあり、支給までに時間を要する場合があります。
   ●当組合では、これまでどおり、原則として事業主へ送金。
   公金受取口座への送金を希望される方のみ、申請書類への意思表示が必要となります。

添付書類について

1. 「初回申請分」には、就業規則の写しと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。
2. ㋚の欄で「はい」に〇を付けた方は、『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。
3. ㋜の欄で「はい」に〇を付けた方は、『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。
4. 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. （1）は「給与規定第〇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. （2）は㋝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。
3. 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）
4. 「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

1. ㋞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。
2. 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を記入してください。
3. ㋠の欄はなるべくくわしく記入してください。
4. 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。
5. ㋟については、証明日以前の期間のみに限ります。