

健康保険 傷病手当金支給申請書 記入例

■申請書は4ページです。漏れなく正確に記入してください。

① 1 ページ、2 ページ（被保険者記入用）

被保険者ご自身または、被保険者が亡くなった場合は相続人の方が記入してください。

② 3 ページ（事業主記入用）※資格喪失後の継続給付の場合は不要です。

お勤め先の事業所に記入を依頼してください。

③ 4 ページ（療養担当者記入用）

療養担当者（医師等）の意見を受けてください。

1 ページ

① 被保険者の情報を正確に記入してください。

記号・番号は保険証に記載されています。

退職後の申請の場合は、在職中の記号番号を記入してください。

被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名、住所を記入してください。（振込口座も同様です。）

※生年月日は被保険者の生年月日を記入してください。

氏名欄に被保険者氏名をカッコ書きで記入してください。

② 傷病名は4ページ（療養担当者記入用）と同じ傷病名を記入してください。

傷病が「ケガ」の場合は、「負傷原因届」を添付してください。

申請期間は、4ページ（療養担当者記入用）の「労務不能と認めた期間」内で、労務に服することができなかった期間を記入してください。

③ ・公金受取口座を利用する場合

✓を記入してください。（口座情報の記入は不要）

※マイナポータル等で事前登録が必要です。

・公金受取口座を利用しない場合
振込を希望する口座を通帳等を確認しながら、正確に記入してください。

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号（記号・番号（13桁））ではなく、振込専用の店名（漢数字3文字）・預金種別・口座番号をご記入ください。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者（申請者）記入用

被保険者証の （右づめ）		記号	番号	生年月日	年	月	日
		1 2 3	3 2 1 0	昭和	5	4	1 2 3 0
氏名		(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎					
住所		(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 愛知 名古屋市〇〇区〇〇町1-1 △△マンション101					
電話番号 (日中の連絡先)		TEL 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇					
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）							
1 傷病名		1) 〇〇〇骨折		2 発病 または 負傷 年月日		平成 令和 3 年 6 月 15 日	
4 該当の傷病は病気（疾病）ですか、ケガ（負傷）ですか。		2		1. 病気 (発病時の状況)		3 申請 回数	
5 療養のため休んだ期間（申請期間）		(令和) 年 月 日		2. ケガ 負傷原因等を併せてご提出ください		ア 初回 ウ 終回	
6 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)		0 3 0 7 0 1 から 日数		0 3 0 7 3 1 まで		3 1 日間	
看護師（病棟勤務）							
☐ 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）口座情報の反映には登録から数日を要します。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		〇〇〇〇		〇〇〇〇		〇〇〇〇	
預金種別		1 1. 普通 3. 別貯 2. 当座 4. 通知		口座番号		1 2 3 4 5 6 7	
口座名義		ケンボ。 タロウ		口座名義 の区分		1 1. 申請者 2. 代理人	

※

受取代理人の欄	被保険者（申請者） 氏名	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
	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 ()	
	氏名	(フリガナ)	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。>>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・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
被保険者のマイナンバー記載欄

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

愛知県医療健康保険組合

1/4

【R3.4】

※ 被保険者（申請者）以外の方へ支払を希望される方は、必ず「受取代理人の欄」を記入してください。

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

④ 3ページ(事業主記入用)がある場合は、記入は不要です。

⑤ 障害厚生年金または障害手当金を受給している場合は、受給の原因となった傷病名、基礎年金番号、年金額を記入してください。
※年金証書等、年金給付額がわかる書類の写しを添付してください。

⑥ 資格喪失後の継続給付の方で、老齢退職年金を受給している場合は、基礎年金番号、年金額を記入してください。
※年金証書等、年金給付額がわかる書類の写しを添付してください。

⑦ 同一の病気やケガで労災保険から休業補償給付を受けている場合は、記入してください。
※「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 ⑤ ⑥ ⑦

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 3 年 6 月 1 日から 令和 3 年 6 月 15 日まで 報酬額 80,000 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
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 年金額
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、その名称をご記入ください。	1. はい 2. 請求中 3. いいえ
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 年金額
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 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。	〇〇〇〇 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。》》》

愛知県医療健康保険組合

2/4

■添付書類

以下に該当する場合や、変更があった場合に添付してください。

傷病がケガ(負傷)の場合	「健康保険 負傷原因届」※ 【当該ケガ(負傷)にかかる初回申請時のみ】
第三者の行為による傷病の場合	「第三者の行為による傷病届」※ 【当該傷病にかかる初回申請時のみ】
障害厚生年金の給付を受けている方	○年金給付額等がわかる書類(以下のすべての書類が必要です) ・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 ・障害厚生年金給付の額、支給開始日を証明する書類、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
老齢退職年金の給付を受けている方	○年金給付額等がわかる書類(以下のすべての書類が必要です) ・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、支給開始日を証明する書類、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
労災保険から休業補償給付を受けている方	「休業補償給付支給決定通知書の写し」
被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合	被保険者と続柄がわかる「戸籍謄本」等

※ホームページから印刷できます。