

傷病手当金請求書の提出について

- ・申請書は3ページです。漏れなく正確にご記入ください。（事業主・療養担当者記入ページ含む）
- ・証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。（翻訳費用は自己負担です。）

添付書類

対象者	書類
請求期間中の受診日数が 1か月あたり4日未満の方	・療養状況・日常生活状況報告書 請求期間が31日を超える場合、月ごとに作成し提出すること。 (例：8～10月の期間分を請求する場合は、8・9・10月分を作成、提出) ※受診日数が4日以上の方でも健康保険組合が必要と判断した場合、 提出を依頼することがあります。
第1回目の請求をする方	・傷病手当金同意書
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（以下すべて） ①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 ②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
障害手当金の給付を受けている方	・年金給付額等がわかる書類 障害手当金の支給を証明する書類の写し

記入例 傷病手当金請求書

- ・申請書は、ボールペン等の消えないペンでご記入ください。
- ・訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消して、正しい内容をご記入ください。

健康保険 傷病手当金 請求書 (第 回)

何年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当者
支給決定	健保使用欄は記入不要です			
前日				
支給期				
支給開始日	令和 年 月 日	控除金額		
一部不支給	令和 年 月 日	理由		

被保険者(申請者)情報	記号	番号	氏名	生年月日
被保険者	1	561 00000	健保 太郎	明 平・令 55 年 5 月 2 日
住所	(〒 000 - 0000)		(都道府県) 〇〇市〇〇町〇-〇	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 080 (0000) 0000			
事業所名称	ユニプレス(株)			
業務内容(退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)	2 経理担当事務			

振込先指定口座	※「振込先指定口座」または「受取代理人の欄」のどちらかを選んで記入して下さい。			
口座名義	(フリガナ) ケンボ タロウ		金融機関名称	〇〇 〇〇 〇〇 〇〇
預金種別	1	1. 普通 2. 当座	口座番号	00000000

受取代理人の欄	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 5 年 12 月 12 日	
氏名	健保 太郎	
住所	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
代理人の事業所(工場)又は住所	代理人の氏名	

備考	4	2ページに続きます。>>>
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄		受付日付印

1 「資格確認のお知らせ」等に記載されている記号と番号をご記入ください。

2 業務内容は「経理担当事務」「自動車組立」「営業」など具体的にご記入ください。

3 「振込先指定口座」または「受取代理人の欄」どちらかをご記入ください。

4 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にマイナンバーをご記入ください。マイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です。

- ①身元確認を行うための書類(いずれか1点)
 - ・被保険者の個人番号カード(表面)の写し、運転免許証の写し、パスポートの写し
 - その他官公署が発行する写真付き身分証明書の写し
- ②番号確認を行うための書類(いずれか1点)
 - ・被保険者の個人番号カード(裏面)の写し、被保険者の個人番号が記載された住民票か住民票記載事項証明書

健康保険 傷病手当金 請求書

5

療養担当者が記入した傷病名をご記入ください。

6

第三者行為（交通事故等）による傷病については、健康保険を使用するにあたり別途届出が必要です。

7

療養担当者が記入した労務不能と認めた期間をご記入ください。

申請内容	1 傷病名	5 右腓骨骨折		2 発病または負傷年月日	令和 5 年 3 月 1 日
	傷病コード（※健保記入）	2)		令和 年 月 日	
	(いつどこでどんな用事で何をしているとき) 5 年 3 月 1 日 AM・PM (10:30頃) 休日自転車走行中に段差につまづき転倒				
	3 発病の状態または負傷の原因	6 第三者行為による傷病か	はい ☐ いいえ ☒	業務時間内か	はい ☐ いいえ ☒
4 療養のため休んだ期間（申請期間）	7 和) 年 月 日 から 年 月 日 まで 令和5年3月1日 から 令和5年3月31日				日数 31 日間

確認事項	1 「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。	3 1. はい ☒ 2. 請求中 ☐ 3. いいえ ☐	1. 障害厚生年金 ☐ 2. 障害手当金 ☐	
	1 - 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
	2 (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 ☐	名称	
	2 - 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
3 今回の申請期間において別傷病により、労災保険から休業補償給付を受給していますか。	3 1. はい ☐ 2. 労災請求中 ☒ 3. いいえ ☐	労働基準監督署		

8

傷病手当金の申請期間において、別の原因で労災保険から休業補償給付を受けている（受ける予定）の場合は、傷病手当金は支給されません。ただし、休業保障給付の日額が傷病手当金の日額より低い場合は差額が支給されます。この申請の場合は、「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。

・「事業主が証明するところ」は労務不能期間中についての勤務状況等の証明のため、事業主に記入を依頼してください。
※資格喪失日以降の期間に関する申請は、空欄でご提出ください。

・「療養担当者が意見を記入するところ」は療養担当者(医師等)に記入を依頼してください。

- 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。

3/3