

※健保組合記入欄(記入不可)

支払 支給 決議 書	同年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	経理	抜者	
	支給年月日	令和 年 月 日					
	支給額	百万 拾万 万 千 百 拾 円					
	法定	款 項 目 3 1 8	百万 拾万 万 千 百 拾 円	前回	年 月 日 ~ 年 月 日		
	支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	資格	取得	年 月 日	喪失	年 月 日
	平均標準報酬日額	円	2/3相当日額	円	法第46条	該当・不該当	

KW \_\_\_\_\_

健康保険 傷病手当金請求書 ①

被保険者(申請者)記入用①

年 月 日提出

(第 回)

(1/4)

被 保 険 者 ( 申 請 者 ) 情 報	健康保険証	事業所名称	業務の 種類・内容 (退職後の申請 の場合は退職前 の業務)	昭和 平成 令和	年 月 日	
	記号					番号
	氏名	(フリガナ)	生年月日			
	住所	〒	都 道 府 県			
	電話番号 (日中の連絡先)	( )				

振 込 先 指 定 口 座	金融機関名称 ※金融機関種別に○をつけてください	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関 記号	
	支店名称 ※支店種別を○で囲んでください	支店 出張所	店番	
	預金種別	普通預金	口座番号	
	口座名義(カナ)			

被保険者(申請者)記入用②に続きます

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

健康保険 傷病手当金請求書 ②

被保険者(申請者)記入用②

被保険者氏名	
--------	--

(2/4)

申請内容	1. 傷病名	(1) (2) (3)	2. 発病 または 負傷 年月日	令和 年 月 日 令和 年 月 日 令和 年 月 日
	3. 該当の傷病は病気(疾病)ですか?ケガ(負傷)ですか? (番号に○をつけてください)	1 病気 (発症時の状況) 2 ケガ → 負傷原因届を合わせてご提出ください		
	4. 療養のために休んだ期間(申請期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日数 日間		

確認事項	1. 上記の療養のために休んだ期間(申請期間)の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 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 報酬額 円	
	2. 「障害厚生年金」又は「障害手当金」を受給していますか? 受給してる場合、どちらを受給していますか?	1 はい 2 請求中 3 いいえ	1. 障害厚生年金 2. 障害手当金
	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・支給開始日・年金額をご記入ください。	傷病名	
		基礎年金番号	年金コード
	支給開始年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	年金額 円
3. (退職後の申請の方はご記入ください) 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? 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	年金の名称	
3-①「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号・支給開始日・年金額をご記入ください。	基礎年金番号	年金コード	
	支給開始年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	年金額 円
4. 今回の申請は労災保険から休業補償を受けている期間のものですか?	1 はい 2 労災申請中	3 いいえ	
4-①「はい」又は「労災申請中」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。	労働基準監督署		
5. 介護保険サービスを受けた時	保険者番号	被保険者番号	被保険者名称

療養担当者記入用③に続きます

受付日付印

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名																										
	傷病名	1													療養の給付開始年月日(初診日)	1	令和	年	月	日							
		2														2	令和	年	月	日							
		3														3	令和	年	月	日							
	発病または負傷の年月日	令和	年	月	日	発症負傷	発病または負傷の原因																				
	労務不能と認められた期間	令和	年	月	日から	令和		年	月	日まで	日間																
	うち入院期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間	療養費用の別	健保 公費( )					転帰	治癒	中止								
		令和	年	月	日まで	入院	自費	その他				繰越	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								
				月	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									
月				16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31								
上記期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)												手術年月日	令和	年	月	日											
												退院年月日	令和	年	月	日											
症状経過からみて従来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時	装着した日			人工臓器等の種類																							
	昭和	平成	令和	人工肛門人工透析	人工関節その他( )	人工骨頭	心臓ペースメーカー																				
上記のとおり相違ありません												令和	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 ( )																											

事業主記入用④に続きます

受付日付印

労務に服する事が出来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い状況等をご記入ください。																			
事業主が証明するところ	被保険者氏名																		
	勤務状況【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。																		
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	出勤	有給	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	日
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	出勤	有給	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	日
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	出勤	有給	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	日
	上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？			はい いいえ	賃金の種類	月給・時間給・日給 日給月給・その他	賃金計算	締日	日	支払日	当月 翌月	日							
	上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。								担当者氏名										
区分 \ 期間	日額	月 日 日分 ~ 月 日分			月 日 日分 ~ 月 日分			月 日 日分 ~ 月 日分			賃金計算方法(欠勤控除計算方法等) についてご記入ください								
		支給額			支給額			支給額											
基本給																			
通勤手当																			
手当																			
手当																			
控除																			
計																			
上記のとおり相違ないことを証明する											令和 年 月 日								
事業主所在地 事業主名称 事業主氏名 電話 ( )																			

受付日付印

# 傷病手当金請求書

被保険者が業務上以外の原因の疾病・負傷(ケガ)で労務不能となり、療養のため仕事を休んだ期間の給料を受けられないときに被保険者の生活の安定を図るため、傷病手当金が支給されます。

申請書は下記4枚です。

被保険者(本人)は、①・②は被保険者(本人)にてご記入いただき、③に主治医意見の記載を受けてから事業主にご提出ください。(フリクションペン等消せる筆記具は使用不可です) 申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入してください。事業主は、④にご記入いただき、①・②・③及び添付書類と共に当組合にご提出ください。  
※ご提出の前に記入漏れがないかをご確認ください。

## ① ② 被保険者記入用

健康保険 傷病手当金請求書 ① (1/4)

被保険者(申請者)記入用

氏名 (フリクションペンで記入)

住所

電話番号

金融機関名称

支店名称

口座名義(カナ)

申請書提出日

健康保険 傷病手当金請求書 ② (2/4)

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

1. 傷病名 (1) (2) (3)

2. 傷病の状態

3. 傷病の原因(病気・負傷)ですかケガ(負傷)ですか?

4. 療養のために休んだ期間(申請期間)

5. 上記の療養のために休んだ期間(申請期間)の期間を短縮したか?

6. 「障害厚生年金」または「障害年金」を受給しているか?

7. 「障害年金」または「障害年金」を受給しているか?

8. 今度の申請は労務不能から休業補償を行っている期間の申請ですか?

9. 労務不能から休業補償を受けている期間の申請ですか?

## ③ 医師意見記入用

健康保険 傷病手当金請求書 ③ (3/4)

事業主記入用

患者氏名

傷病名

傷病または負傷の原因

労務不能に陥った期間

うらみ期間

診療日数

上記期間中に付する処方箋及び検査・治療内容、検査結果、薬物治療等(要領)

上記期間中における付する処方箋及び検査・治療内容、検査結果、薬物治療等(要領)

労務不能を要する期間

労務不能を要する期間

労務不能を要する期間

## ④ 事業主記入用

健康保険 傷病手当金請求書 ④ (4/4)

事業主記入用

労務不能となる事が出来なかった期間を含む賃金計算期間の勤続状況及び賃金支払い状況等をご記入ください。

勤続状況

上記の期間に於いて、賃金を支払った(します)か?

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支払状況をご記入ください。

賃金計算表

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支払状況をご記入ください。

事業主所在地

事業主氏名

事業主氏名

添付書類 : ① 勤務票(申請期間分) ② 賃金台帳(申請期間分の支給状況が分かるもの)





【記入例 2】

健康保険 傷病手当金請求書 ② 被保険者(申請者)記入用②

被保険者氏名	⑤ 健保 太郎 (2/4)			
申請内容	1. 傷病名	(1) 肋骨骨折	2. 発病または負傷年月日	令和 〇年 〇月 〇日 令和 〇年 〇月 〇日 令和 〇年 〇月 〇日
	3. 該当の傷病は病気(疾病)ですか?ケガ(負傷)ですか? (番号に○をつけてください)	1 病気 (発症時の状況) 2 ケガ → 負傷原因欄を合わせてご提出ください		
確認事項	4. 療養のために休んだ期間(申請期間)	⑥ 令和 〇年 〇月 〇日 から 令和 〇年 〇月 〇日 まで 日数 〇〇 日間		
	1. 上記の療養のために休んだ期間(申請期間)の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 〇年 〇月 〇日 から 令和 〇年 〇月 〇日 まで 報酬額 123,456 円		
確認事項	2. 「障害厚生年金」又は「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 ⑦ 傷病名 基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 昭和 平成 令和 年 月 日 年金額 円		
	3. (退職後の申請の方はご記入ください) 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? 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 ⑧ 基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 昭和 平成 令和 年 月 日 年金額 円		
確認事項	4. 今回の申請は労災保険から休業補償をうけている期間のものですか?	⑨ 1 はい 2 労災申請中 3 いいえ 4-①「はい」又は「労災申請中」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。 労働基準監督署		
	5. 介護保険サービスを受けた時	保険者番号	被保険者番号	被保険者名称

療養担当者記入用③に続きます

受付日付印

R4.1更新 学研健康保険組合

⑤ 被保険者氏名を記入してください



⑥ 申請期間に対応する期間について、療養担当者の意見と事業主の証明が必要です。

⑦ 障害厚生年金・障害手当金を受給されている方は、支給金額の分かる書類を添付してください。  
 ・障害厚生年金給付の年金証書  
 ・障害厚生年金給付の額、支給開始年月日を証明する書類  
 ・障害厚生年金の直近の額を証明する書類(年金改定通知書等)

⑧ 老齢年金の給付を受けている方(申請期間が資格喪失後の場合)は、下記全ての書類のコピーを添付してください。  
 ・老齢年金給付の年金証書  
 ・老齢年金給付額と支給開始年月日を証明する書類  
 ・老齢年金の直近の額を証明する書類(年金改定通知書等)

⑨ 休業補償を受けている方は、休業補償給付決定通知書のコピーを添付してください。  
 過去に労災保険から休業補償給付を受けていて、休業補償の給付と同一の病気やケガのために労務不能となった場合は、傷病手当金は支給されません。また、労務外の理由により病気やケガのため労務不能となった場合でも、別の原因で労災保険から休業補償給付を受けている期間中は、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時はその差額が支給されます。