

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号	記号 123	番号 456	資格情報のお知らせ、 資格確認書等に記載 されています。		
	従業員番号	123456		メールアドレス	〇〇〇〇@×××.co.jp	
	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎		生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 60 年 1 月 15 日 ☐ 令和	
	住所	(〒 123 - 4567) 東京都〇〇区□□1-2-3				
	電話番号 (日中の連絡先)	×××-×××-×××		☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)		

振込先 指定口座	☐ 第1回と同様の振込先を指定する場合はチェックを入れてください。(※第2回以降の申請時のみ選択可能) チェックをした場合、下段の金融機関の表示は省略できます。					第2回以降の申請の方で、第1 回と同じ振込先を指定する方		
	金融機関名称	〇〇 ☒ 銀行 ☐ 農協 ☐ 本店 ☐ 信金 ☐ その他 △△ ☒ 支店 ☐ 信組 () ☐ 出張所						
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	1 2 3 4 5 6 7				
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。 濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。 ケンボ゜ タロウ					口座名義 の区分	☒ 1.申請者 ☐ 2.代理人	

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	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。		年	月	日
	署名	印		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 (フリガナ) 氏名	印		委任者と 代理人との 関係	

口座名義が申請者本人であれば
記入不要

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

2枚目 (2枚1組)

健康保険

傷病手当金請求書

必ず2枚1組で提出してください

申請内容	1. 傷病名	1) 骨折 2) 3) 医師から診断された傷病名を記入してください。	2. 発病または 負傷年月日	2026 年 3 月 3 日 年 月 日 年 月 日
	3. 該当の傷病は病気(疾病)ですか。 ケガ(負傷)ですか。	☐ 1. 病気 ☒ 2. ケガ		
	3-①「ケガ」の場合 原因についてお記入ください。 発症に至る原因をできるだけ詳しく記入ください。	(いつ)	2026 年 3 月 2 日 14 時頃	業務中 (通勤中) ☐ 1. はい ですか? ☒ 2. いいえ
		(どこで)	自宅の階段	
		(何をしていた)	階段を降りている途中で足を踏み外して落ちてしまった	
4. 療養のために休んだ期間(申請期間)	2026 年 3 月 3 日 から 2026 年 3 月 31 日 まで	日数	29 日間	
5. あなたの仕事内容(具体的に) (退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)	経理事務			

確認事項	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。	2026 年 3 月 1 日 から 2026 年 3 月 31 日 まで	報酬	20,000 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 ☐ 1. 障害厚生年金 ☐ 2. 請求中 ☐ 2. 障害手当金 ☒ 3. いいえ		
	2-①「はい」または「請求中」と答えた場合のみご記入ください。 ※「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号のみ ご記入ください。 ※「はい」と答えた方は年金給付額等がわかる書類をご提出ください。 ↳ 障害厚生年金給付の年金証書の写しまたは 障害厚生年金の直近の額を証明する書類の写し (年金額改定通知書等) ↳ 障害手当金の支給を証明する書類の写し	傷病名	「はい」の場合は、その種類と対象となる傷病名や金 額を証明できる書類を添付してください。	
		基礎年金 番号	年金コード	
		支給開始 年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和	年金額 円
	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 受給している場合、その名称をご記入	☐ 1. はい		
	3-①「はい」または「請求中」と答 ※「請求中」と答えた場合は、基 ※「はい」と答えた方は年金給付 ↳ 老齢退職年金給付の年 ↳ 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	年月日	☐ 令和	円
	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。	☐ 1. はい ☐ 2. 労災請求中 ☒ 3. いいえ		
	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。	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	
6. ケガの場合は、以下もご回答ください。 負傷原因となる相手はいますか。 また、その場合、 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 ☐ あなたは加害者 ☒ 無 ※相手がいる場合の負傷の場合は 「第三者行為による負傷届」の届出が必要で す。			

【被保険者の方へ】 お勤め先の事業所に証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

記入例

健康保険 傷病手当金請求書

事業主記入用

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。

【添付書類】 勤怠管理表等（写）、賃金台帳（写）

※勤怠管理表等（写）を提出される場合は、勤務状況欄内の記入は省略可能です。

被保険者氏名		健保 太郎																																		
勤務状況																																	出勤 日数	有給 日数		
出勤=○ 有給=△ 公休=公 欠勤=欠	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				
	3月	公	○	△	△	△	欠	公	公	欠	欠	欠	欠	欠	公	公	欠	欠	欠	欠	公	公	公	欠	欠	欠	欠	公	公	欠	欠	1	3			
	4月	1	2	3	4	5	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（賃金計算の締日の翌日から締日の期間）の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は欠で表示してください。																				4	25	26	27	28	29	30	31		
	5月	1	2	3	4	5																					4	25	26	27	28	29	30	31		
給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。																																	賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。			
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		給与の種類		☐ 月給 ☐ 時間給 ☐ 日給 ☒ 日給月給		☐ 歩合給 ☐ その他		賃金計算		締日		末 日																						
										支払日		☐ 当月 ☒ 翌月 10 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。																																				
申請内容 支給した(する)賃金内訳	区分	期間	単価	3月1日 ～ 3月31日		月 日		月 日		月 日		▼現在の状況 療養中(月 日 現在) 復帰 (5 月 16 日) ▼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。 減額調整：欠勤控除あり 300,000円÷21日＝14,285円(1日) 14,285円×17日＝242,845円 通勤手当：欠勤控除なし 12/10 6か月定期代 (1月～6月分)として120,000円支給 住宅手当：欠勤控除なし																								
	基本給		300,000	300,000		支給額		支給額		支給額																										
	通勤手当		20,000																																	
	住宅手当		20,000	20,000																																
	手当																																			
	減額調整			242,845																																
	現物給与																																			
	計		340,000	77,155																																
上記のとおり相違ないことを証明する。 2026 年 5 月 20 日																																				
事業所所在地：東京都〇〇区△△1-1																																				
事業所名称：〇〇株式会社																																				
事業主氏名：〇〇〇 〇〇〇 電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇																																				

【被保険者の方へ】療養担当者（医師等）の意見を受けてください。

記入例

健康保険 傷病手当金請求書

療養担当者記入用

患者氏名	健保 太郎		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ご記入ください。また、 証明日以前の期間 をご記入ください。	
傷病名	1) 鎖骨骨折 2) 複数の傷病名がある場合、1)から主たる病名を順次ご記入ください。 3)		療養の給付開始年月日(初診日)	1) 2026 年 3 月 3 日 2) 左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください。 3)
発病または負傷の年月日	2026 年 3 月 3 日 ☐ 発病 ☒ 負傷		発病または負傷の原因	左肩部強打
労務不能と認めた期間	2026 年 3 月 3 日 から 2026 年 3 月 31 日 まで 29 日間			
うち入院期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間		療養費用の別	☒ 健保 ☐ 公費 () ☐ 自費 ☐ その他 ☒ 治療 ☐ 中止 転帰 ☒ 繰越 ☐ 転医
診療実日数	計 5 日			
診療日に○をつけてください。	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		
	3	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		
	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		
上記の期間中における「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 :	年 月 日
症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。			退院年月日 :	年 月 日
鎖骨を骨折し、3/3初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。				
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				
骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後もリハビリが必要であったため、労務不能と判断した。				
人工透析を実施または人工臓器を装着した場合は人工透析の実地または装着した日を記入してください。	年 月 日		人工臓器等の種類	☐ 人工肛門 ☐ 人口関節 ☐ 人口骨頭 ☐ 心臓ペースメーカー ☐ 人口透析 ☐ その他
上記のとおり相違ありません。			2026 年 5 月 1 日	
医療機関の所在地 :	東京都〇〇区〇〇1-1-1		労務不能期間経過後にご記入ください。	
医療機関の名称 :	〇〇総合病院			
医師の氏名 :	保険 五郎		電話	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇