健康保険　傷病手当金　支給申請書

（被保険者記入用）

被保険者情報				
被保険者等 記号・番号	記号　　番号	記号番号が分からない場合は、マイナンバーを記入してください。		
氏名	（フリガナ）		生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
住　所	〒　　－　　都・道 府・県			
			電話番号 （日中の連絡先）	（　　）
提出委任	☐ 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				
金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他（　　）		預金種別	普通・当座・その他（　　）
	支店・本店・出張所 その他（　　） ※ゆうちょ銀行口座の支店名は、『数字3桁』です。		口座番号	
口座名義 （カタカナで記入）			口座名義区分	被保険者（申請者）・代理人

委任状		
口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者 （申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　令和　　年　　月　　日 氏名
	代理人 （口座名義人）	住所 氏名　　被保険者との関係（　　）

申請内容				
傷病名	1） 2） 3）		発病又は 負傷年月日	令和　年　月　日 令和　年　月　日 令和　年　月　日
発病時の状況 又はケガの原因 （詳しくご記入ください）	注：仕事中、通勤途上、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず健保組合と勤務先にご連絡ください。			
仕事の内容（具体的に）			退職日以降の期間を申請する場合は、 退職前の業務内容をご記入ください。	
療養のため休んだ期間 （申請期間）	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで	日間		
上記期間に報酬を受けましたか。または、今後、受けられますか。	は い いいえ	「はい」の場合、 その報酬支払の基礎となった期間と報酬額	令和　年　月　日　から　報酬額 令和　年　月　日　まで　円	
障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか。	は い 請求中 いいえ	「はい」「請求中」の場合、 受給の要因となった傷病名と基礎年金番号等	傷病名 基礎年金番号	年金の種類　☐ 障害厚生年金　☐ 障害手当金 年金額　円
「退職した方」 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。	は い 請求中 いいえ	「はい」「請求中」の場合、 年金の名称や基礎年金番号等	年金の名称 基礎年金番号	年金額　円
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	はい 申請中 いいえ	「はい」「申請中」の場合、 支給元（請求先）の労働基準監督署	労働基準監督署	

注：この申請書は２枚１セットです。２枚目の「事業主／医師等記入用」も必ずご提出ください。

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	

東京都ニット 健康保険組合

（R06.12）

健康保険 傷病手当金 支給申請書 （事業主／医師等記入用）

東京都ニット 健康保険組合

事業主が証明するところ

被保険者氏名					
労務に服さなった期間	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日 まで　日間	出勤 日	有給 日	この期間に対し賃金を支給しました(します)か。 ☐はい　☐いいえ	
被保険者の	給与の種類	☐月給 ☐日給 ☐時間給 ☐歩合給 ☐その他(　　)	賃金計算	締日　日	支払日 ☐当月 ☐翌月　日

上記の期間に対して、報酬の全部又は一部支給した（する）場合		年　月　日 ～　年　月　日	日間	円	
		年　月　日 ～　年　月　日	日間	円	

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日

所在地

事業所名称

事業主氏名　電話番号　（　　）

事業主のみなさまへ

第1回目の申請書には、「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。
なお、第2回目以降の申請でも、報酬の一部が支給される場合は賃金台帳等を添付してください。

医師等が意見を記入するところ

患者氏名			
傷病名	1) 2) 3)	療養の給付開始年月日（初診日）	1) 令和　年　月　日 2) 令和　年　月　日 3) 令和　年　月　日
発病又は負傷年月日	令和　年　月　日　☐発病 ☐負傷	発病又は負傷の原因	
労務不能と認めた期間	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日 まで　日間	診療実日数	日（労務不能期間中の診療日数）
うち入院期間	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日 まで　日間	転 帰	☐ 治癒　☐ 中止　☐ 繰越　☐ 転医

主たる症状及び経過（できる限り詳しくご記入ください。）

この期間の傷病状態	
この期間の治療状況	
前月の症状との比較	

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

人工透析の実施日又は人工臓器を装着した日

令和　年　月　日

人工臓器等の種類

☐ 人工肛門　☐ 人工関節　☐ 人工骨頭
☐ 心臓ペースメーカー　☐ 人工透析
☐ その他（　　）

記載内容について相違ありません。　令和　年　月　日

所在地

医療機関名

医師氏名

電話番号　（　　）

傷病手当金支給申請書 記入例

東京都ニット 健康保険組合｜業務部 03-3626-1400

健康保険　傷病手当金　支給申請書

（被保険者記入用）

被保険者情報

❶ 被保険者等記号・番号	記号 1 2 3 4　番号 5 6 7 8	記号番号が分からない場合は、マイナンバーを記入してください。	
❷ 氏名	（フリガナ）ケンポ　タロウ 健保　太郎	生年月日	(昭)・平・令　××　年　×　月　××　日
住所	〒 110 － 0000　東京都　都・道府・県　○○区○○○　×－×－× □□マンション×××号	電話番号（日中の連絡先）	090　（××××）　××××
提出委任	□ 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

❸ 金融機関名称	○○○○　(銀行)・金庫・信組・農協・その他（　） △△△　(支店)・本店・出張所・その他（　） ※ゆうちょ銀行口座の支店名は、『数字3桁』です。	預金種別	(普通)・当座・その他（　）
		口座番号	1 2 3 4 5 6 7
口座名義（カタカナで記入）	ケンポ　タロウ	口座名義区分	被保険者（申請者）・代理人

委任状

❹ 口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　令和　年　月　日 氏名
	代理人（口座名義人）	住所 氏名　被保険者との関係（　）

申請内容

傷病名	1）左橈骨遠位端骨折 2） 3）	発病又は負傷年月日	令和　×　年　5　月　3　日 令和　年　月　日 令和　年　月　日
発病時の状況又はケガの原因（詳しくご記入ください）	自宅庭で飼い犬に飛び掛かられ転倒、その際、とっさに手をついたため 注：仕事中、通勤途上、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず健保組合と勤務先にご連絡ください。		
❺ 仕事の内容（具体的に）	店舗における接客（販売、レジ等）	退職日以降の期間を申請する場合は、退職前の業務内容をご記入ください。	
❻ 療養のため休んだ期間（申請期間）	令和　×　年　5　月　3　日　から 令和　×　年　5　月　27　日　まで　25　日間		
上記期間に報酬を受けましたか。または、今後、受けられますか。	(はい)・いいえ	「はい」の場合、その報酬支払の基礎となった期間と報酬額	令和　×　年　5　月　3　日　から　報酬額 令和　×　年　5　月　27　日　まで　61,829　円
❼ 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか。	はい・請求中・(いいえ)	「はい」「請求中」の場合、受給の要因となった傷病名と基礎年金番号等	傷病名　年金の種類　□ 障害厚生年金　□ 障害手当金 基礎年金番号　年金額　円
❽ 「退職した方」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。	はい・請求中・いいえ	「はい」「請求中」の場合、年金の名称や基礎年金番号等	年金の名称 基礎年金番号　年金額　円
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	はい・申請中・いいえ	「はい」「申請中」の場合、支給元（請求先）の労働基準監督署	労働基準監督署

注：この申請書は2枚1セットです。2枚目の「事業主／医師等記入用」も必ずご提出ください。

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

東京都ニット 健康保険組合　（R06.12）

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

❶ 被保険者等記号番号は、資格情報のお知らせ・資格確認書またはマイナ保険証登録済みであれば、マイナポータルサイトからご確認いただけます。

❷ 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をご記入ください。（住所、振込先口座も同様です。）

❸ 給付振込口座をご記入ください。
ゆうちょ銀行を希望の場合、支店名が数字３桁、口座番号が数字７桁でご記入ください。

❹ 口座名義が被保険者（申請者）と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。
なお、代理人（口座名義人）が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類（戸籍謄本、住民票など）の添付が必要となります。

❺ 療養前の業務について、具体的にご記入ください。（事務員などではなく、経理事務、プログラマー店舗接客、商品品出し など）
退職後の申請の場合は、在職中のお仕事の内容をご記入ください。

❻ ご記入いただいた申請期間に対応する期間について、「事業主の証明」と「医師等の意見」をいただいてください。（申請書２枚目）

❼ 障害厚生年金又は障害手当金を受給されている場合、別途、提出書類が必要となります。
詳しくは、当組合（右上の電話番号）にお問い合わせください。

❽ 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給されている場合、別途、提出書類が必要となります。
詳しくは、当組合（右上の電話番号）にお問い合わせください。

注：この申請書を事業所（事業主）経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に ✓ を付けてください。

この申請書は ２枚１セット です。２枚目の「事業主／医師等記入用」も必ずご提出ください。

記入例｜傷病手当金・出産手当金 支給申請書 事業主証明欄

東京都ニット 健康保険組合｜業務部 03-3626-1400

事業主が証明するところ

被保険者氏名	健保　太郎				
❶ 労務に服さなった期間	令和 × 年 5 月 3 日 から 令和 × 年 5 月 27 日 まで 25 日間	❷ 出勤	有給	❸ この期間に対し賃金を支給しました(します)か。	
		0 日	3 日	☑はい　□いいえ	
被保険者の	❹ 給与の種類	☑月給 □日給 □時間給 □歩合給 □その他(　　)	❺ 賃金計算	締日 15 日	支払日 ☑当月 □翌月 25 日
❻ 上記の期間に対して、報酬の全部又は一部支給した（する）場合	基本給	× 年 5 月 3 日 ～ × 年 5 月 5 日	3 日間	45,000 円	300,000÷20日×3日 （日額15,000円）
	通勤手当	× 年 5 月 3 日 ～ × 年 5 月 15 日	13 日間	4,329 円	10,000円÷30日＝@333
	住宅手当	×年 5 月 3 日 ～ × 年 5 月 27 日	25日間	12,500円	15,000円÷30日＝@500

上記のとおり相違ないことを証明します。　　令和 1 年 5 月 31 日

所在地　東京都□□区○○○　×－×－×

事業所名称　○○○○○株式会社

事業主氏名　○○○　○○　　電話番号　03（××××）××××

事業主のみなさまへ

第1回目の申請書には、「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを添付してください。
なお、第2回目以降の申請でも、報酬の一部が支給される場合は賃金台帳等を添付してください。

❶ 被保険者が傷病のため休んだ期間をご記入ください。（被保険者の申請期間）

❷ ❶の期間のなかで、出勤や有休がある場合は、その日数をご記入ください。

❸ ❶の期間に、基本給のほか各種手当などの支給がある場合は、「はい」にチェックを入れてください。

❹ 給与の種類について、該当する種類を選んでください。

❺ 賃金計算の締日及び支払日をご記入ください。

❻ ❸で「はい」とした場合、賃金計算期間における基本給や各種手当などの支給状況をご記入ください。
また、賃金の支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法などをご記入ください。