

健康保険 傷病手当金 支給申請書 記入の手引き

業務外のケガ(負傷)・病気による療養のために会社を休み、給料を受けられないときの生活保障として支給されます。

申請書は4ページです。漏れなく正確にご記入ください。

申請者情報、申請内容

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ご記入ください。

1/4ページ

2/4ページ

事業主の証明

事業主に記入を依頼してください。

3/4ページ

療養担当者の意見書

担当医師に記入を依頼してください。

4/4ページ

添付書類をご用意ください。

以下に当てはまる場合や、変更があった場合に添付いただくもの。(コピーと指定していないものは、原本が必要です。)

支給開始日以前の12か月以内で事業所に変更があった方	以前の各事業所の名称、所在地及び各事業所に使用されていた期間がわかる書類(※)
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コピー ・障害厚生年金給付の額、支給開始年月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)のコピー
老齢退職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)	○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コピー ・老齢退職年金給付の額、支給開始年月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)のコピー
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コピー」
ケガ(負傷)の場合	「負傷原因届」(※)
第三者による傷病の場合	「第三者行為による傷病届」(※) 詳しくは協会けんぽ都道府県支部にお問い合わせください。
被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合	被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等

注1) 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。

(翻訳文には、翻訳者が署名し住所および電話番号を明記してください。)

注2) 申請時の事務負担の軽減および効率化を図るため、賃金台帳や出勤簿の写し等、不要な書類は添付しないでください。
※協会けんぽのホームページから印刷できます。(印刷環境がない場合は、協会けんぽ都道府県支部までご連絡ください。)

次ページに記入例があります。 →

ご提出・お問い合わせ先

保険証に記載されている協会けんぽ都道府県支部に郵便でご送付ください。(窓口でも受け付けます)

*各支部の所在地・電話番号などは、協会けんぽホームページをご覧ください。



協会けんぽ

検索

記入例

傷病手当金 支給申請書

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

1ページ

- 1 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ご記入ください。



- 2 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・振込口座も同様です。)
※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

健康保険 傷病手当金 支給申請書(第 回)

被保険者記入用

傷

記入方法および添付書類等については、「健康保険 傷病手当金 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。

申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧にご記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報	記号 1	番号	生年月日 年 月 日
	被保険者証の (左づめ)	21700023 21	1 1.平成 2.平成 3.令和 6 1 1 0 2 2
氏名 2	キヨウカイ タロウ 協会 太郎		
住所 〒	1050000 東京 港区〇〇 1-1 府県:△△マンション101		
電話番号 (日中の連絡先) TEL ※ハイフン除く	090XXXXXX		
振込先指定口座 金融機関 名称	3 ○○○○ 銀行 (金庫・信組) 農協 (漁協) その他 ()	本店 (支店) 代理店 (出張所・本店営業部) 本所 (支所)	
預金種別 1 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号 1234567	左づめでご記入ください。	
口座名義 キヨウカイ タロウ	※カタカナ(姓と名の間に1マス空けてご記入ください。満点()、半満点()は1字としてご記入ください。)		
口座名義 の区分 1 1.被保険者 2.代理人	『2』の場合は必ず記入してください。		

受取代理人の欄 被保険者	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
	氏名 〒 TEL (ハイフン除く) 住所 (フリガナ) 氏名	1.平成 2.令和
住所 「被保険者情報」の住所と同じ		
代理人 (口座名義人)	被保険者との 関係	

「被保険者記入用」は2ページに続きます。»»

4

(2021.6)

受付印

被保険者のマイナンバー記載欄
被保険者証の記号番号がご不明の場合にご記入ください。
記入した場合は、本人確認書類及び貼付台紙の添付が必要となります。
(詳細は「記入の手引き」をご覧ください。)

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

株式会社

協会使用欄

1 2 3 4 5 6 7

全国健康保険協会
協会けんぽ

1 / 4

- 3 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。

振込先指定口座 金融機関 名称	ゆうちょ 銀行 (信組) 支店 (支所) その他の ()	二三八 本店 (支店) 代理店 (出張所・本店営業部) 本所 (支所)
預金種別 1 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号 1234567	左づめでご記入ください。
口座名義 キヨウカイ タロウ	※カタカナ(姓と名の間に1マス空けてご記入ください。満点()、半満点()は1字としてご記入ください。)	
口座名義 の区分 1 1.被保険者 2.代理人	1.被保険者 2.代理人	

- 4 被保険者の記号番号がご不明な場合のみ被保険者のマイナンバーをご記入ください。
(①の記号番号を記入している場合は、記入不要です。)

被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の書類が必要です。^{※1} 貼付台紙^{※2}に⑦①どちらも貼付し、申請書に添付してください。

⑦ 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)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、
その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー

① 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)のコピー、個人番号の通知カードのコピー(記載情報と現況に相違のないもの)、
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

※1 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。

※2 協会けんぽのホームページからダウンロードできます。(印刷環境がない場合は協会けんぽ都道府県支部までご連絡ください。)

5 ご記入いただいた申請期間に対応する期間について、事業主の証明と療養担当者の意見をいただいてください。

6 お仕事の内容は、「事務員」などではなく、「経理担当事務」「自動車組立」「プログラマー」など具体的にご記入ください。

(退職後の申請の場合は、在職時のお仕事の内容をご記入ください。)

⑦ 労災保険から休業補償給付を受けていた(受けている)場合
過去に労災保険から休業補償給付を受けていて、休業補償給付と同一の病気やけがのために労務不能となった場合には、傷病手当金は支給されません。また、業務外の理由による病気やケガのために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ときは、その差額が支給されます。

3ページ 【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。

被保険者名 協会 太郎											
勤務年月 8 台勤は□で、有給は△で、公休は○で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。											
1.平成年月 2013年04月											
2. 2013年05月											
3. 2013年06月											
4. 2013年07月											
5. 2013年08月											
6. 2013年09月											
7. 2013年10月											
8. 2013年11月											
9. 2013年12月											
10. 2014年01月											
11. 2014年02月											
12. 2014年03月											
13. 2014年04月											
14. 2014年05月											
15. 2014年06月											
16. 2014年07月											
17. 2014年08月											
18. 2014年09月											
19. 2014年10月											
20. 2014年11月											
21. 2014年12月											
22. 2015年01月											
23. 2015年02月											
24. 2015年03月											
25. 2015年04月											
26. 2015年05月											
27. 2015年06月											
28. 2015年07月											
29. 2015年08月											
30. 2015年09月											
31. 2015年10月											
計 4日 1日											
計 3日 0日											
計 31日											
計 31日											
上記の期間に割り当て、 貯金を支給しました (します)か?											
9 はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 給与の種類											
10 月給 <input type="checkbox"/> 時給制 <input type="checkbox"/> 歩合制 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他 賃金計算											
11 繰日 15日 支払日 1.当月 25日 2.翌月											
トド ^ー 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。											
11 期間 単価											
区分											
1.月 4月 16日～ 5月 15日 分											
2.月 月 月 日～ 月 月 日分											
3.月 月 月 日～ 月 月 日分											
支給額 支給額 支給額											
基本給 130,000円 135,000円											
通勤手当 112,000円											
住居手当 20,000円											
現物給付											
計 140,000円 115,500円											
賃金計算方法(欠勤削除計算方法等)についてご記入ください。 基本給・勤怠給は130,000円+20%×116,500円=165,500円通勤手当・勤怠削除なし 12/25 6ヶ月定期券(1月～6月分)として12,000円支給住居手当・勤怠削除なし											
担当者名 ○○○○											
年 月 日											
上記のとおり相違ないことを証明します。 事業所所在地 東京都千代田区△△△ 1-1 事業所名称 ○○株式会社 事業主氏名 健保 三郎											
電話番号 2.平成 2.令和 030521											
※ハイフン除く ○3××××××											

4ページ 【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。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者記入用

被保険者氏名	協会 太郎
① 鎮骨骨折	② 初回日 [平成2年6月1日]
1) 他の加入に於ける の被保険者の名前を記入 してください。	2) 3)
③ 該当の傷病は医療(病院)ですか、ケガ(負傷)ですか。	④ 5) 月 日から [平成2年6月1日] 月 放
⑤ 病院のためのものだんじ (申請期間)	⑥ 経理担当事務 6)
あなたの仕事の内容(具体的に) (送達後の申請の場合は該当事務の仕事の内容)	
以上の被保険者のただんじ(申請期間)に 該当を行なったとき、 あなたが受け取れます。	1) 1. はい 2. いいえ
1) はいとおもふ場合、その種類の年金 を受取る年金額を記入して下さい。 期間を跨いで貰います。	2) 1. 年金額 [030416] まで 2. 年金額 [030515] まで
「賃俸年金」または「賃俸年金と併せ て支払われる場合」であります。	3. 請求申込書 [平成2年6月1日]
2) はいとおもふ場合、受取っている場合、どしおを記 入して下さい。	1. 雇用年数 [030416] まで 2. 雇用年数 [030515] まで
「賃俸年金に、支給された年金額を加えて記入する」 とおもふ場合は、記入して下さい。	3. 年金額 [030416] まで 4. 年金額 [030515] まで
3) (被保険者の年金を受取ったときは記入ください) 若者扶養手当金を受取る年金額を記入して下さい。	5) はいとおもふ場合は、記入して下さい。
3) (被保険者の年金を受取ったときは記入ください) 基礎年金受取年号を記入して下さい。	6) はいとおもふ場合は、記入して下さい。
4) 男保険から休業補給金を受けています か。(又は、通院にかかることがあります)	7) はいとおもふ場合は、記入して下さい。
5) (被保険者の年金を受取ったときは記入ください) 賃俸年金を併せて記入して下さい。	8) はいとおもふ場合は、記入して下さい。
6) 休業補給金(賃俸年金)の少額差額 を記入して下さい。	9) はいとおもふ場合は、記入して下さい。
株式会社	「事業主記入用」は3ページに続きます。

【事業主の方へ】

- ⑧ 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□で、欠勤の場合は／で表示してください。

- 9 紙面の種類について、該当する紙面の種類を選んでください。

- 10 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。

- ## 11 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

- における貯金支給状況についてご記入ください。また、貯金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等をご記入ください。

※訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

【療養担当者の方へ】

- ⑫ 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。

- ⑬ 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。

- 14 治療期間でなく、療養のため就労できなかつたと認められる期間とその日数をご記入ください。

- 15 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。

※訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

※病院を転院した場合は、それぞれの病院で療養担当者（医師等）の意見を受けてください。

傷病手当金の支給要件等

支給を受ける条件

被保険者が病気やケガ(負傷)の療養のため仕事を休み、給与を受けられないなど、次の条件を満たした場合は、傷病手当金が支給されます。

① 業務外の事由による病気やケガのため療養中であること

② 仕事につけないこと(労務不能)

労務不能の判定は、療養担当者(医師等)の意見を基に被保険者の従事する業務の種別を考慮し、本来の業務に耐えられるか否かを基準として行います。

③ 3日間連続して仕事を休み、4日目以降にも休んだ日があること

3日間連続して休んだことを『待期完成』と言います。

なお、待期完成に要した3日間に對しては傷病手当金は支給されません。

【待期完成の考え方】※凡例 休:無給休暇 有:有給休暇 公:土日祝等の会社で定められた休暇 出:出勤

例1) 3日間連続して仕事を休んだ場合 ⇒ ○:待期完成



例2) 3日間連続して仕事を休んでいない場合 ⇒ ×:待期末完成



例3) 出勤を挟み、その後3日間連続して仕事を休んだ場合 ⇒ ○:待期完成



例4) 公休日・有休日を含んで3日間連続して仕事を休んだ場合 ⇒ ○:待期完成



注)勤務時間中に業務外の事由による傷病のため仕事につけなくなり、その後の仕事を休んだ場合は、その日を含め3日間連続して休むと待期が完成します。

④ 給与(報酬)の支払いがないこと

給与の支払いがあつても傷病手当金の日額より少ない場合は、その差額が支給されます。

※下記「支給期間と支給額」**②支給額**参照

<被保険者資格喪失後に継続して傷病手当金を受ける場合>

被保険者の資格を喪失した場合でも、次の①・②に該当した場合は引き続き支給を受けることができます。

①資格喪失日の前日(退職日等)までに被保険者期間が継続して1年以上(任意継続被保険者期間は除く)であること

②資格喪失日の前日(退職日等)に傷病手当金の支給を受けていたり、

または受けられる状態(上記支給を受ける条件①～③を満たしている)にあること

支給期間と支給額

① 支給期間

傷病手当金は支給が始まった日(支給開始日)から1年6か月の期間で、支給を受ける条件を満たしている日について支給されます。支給開始日は、実際に傷病手当金の支給が開始された日となります。



② 支給額

1日当たりの金額:【支給開始日の以前12か月間の各標準報酬月額を平均した額】(※1) ÷ 30日 × (2/3)

(支給開始日とは、一番最初に傷病手当金が支給された日のことです。)

(※1)支給開始日の以前の期間が12か月に満たない場合は、⑦と⑧を比べて少ない方の額を使用して計算します。

⑦支給開始日の属する月以前の継続した各月の標準報酬月額の平均額

⑧支給開始日が平成31年3月31日までの方: 28万円(※2)

支給開始日が平成31年4月1日以降の方: 30万円(※2)

(※2)当該年度の前年度9月30日における全被保険者の同月の標準報酬月額を平均した額

③ 傷病手当金の調整

①～⑤にあてはまる場合、傷病手当金の支給額の一部または全部が調整されます。

①給与の支払いがあった場合

休んだ期間について、給与の支払いがある場合、傷病手当金は支給されません。ただし、休んだ期間についての給与の支払いがあつてもその給与の日額が、傷病手当金の日額より少ない場合、傷病手当金と給与の差額が支給されます。

②障害厚生年金または障害手当金を受けている場合

同一の傷病等による厚生年金保険の障害厚生年金または障害手当金を受けている場合、傷病手当金は支給されません。ただし、障害厚生年金の額(同一支給事由の障害基礎年金が支給されるときはその合算額)の360分の1が傷病手当金の日額より少ない場合は、その差額が支給されます。また、障害手当金の場合は、傷病手当金の合計額が障害手当金の額に達することとなる日までの間、傷病手当金は支給されません。

③老齢退職年金を受けている場合

資格喪失後に傷病手当金の継続給付を受けている方が、老齢退職年金を受けている場合、傷病手当金は支給されません。ただし、老齢退職年金の額の360分の1が傷病手当金の日額より少ない場合は、その差額が支給されます。

④労災保険から休業補償給付を受けている場合

業務外の理由による病気やけがのために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少ないときは、その差額が支給されます。

⑤出産手当金を同時に受けられるとき

傷病手当金の額が出産手当金の額よりも多ければ、その差額を支給することになります。

※なお、傷病手当金を受け取った後に、①～④に該当している事が判明した場合は、傷病手当金をお返しいただくことになります。