

健康保険傷病手当金支給申請書

被保険者記入用

被 保 者 情 報	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下さい											
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)															
	氏名		(フリガナ)		生年月日		元号		年		月		日			
	住所		(〒 -)		都 道 府 県											
電話番号 (日中の連絡先)		()														
傷病手当金受給要件確認のため、健康保険組合が必要事項について調査することに				☐ 同意する				☐ 同意しない								
☐ 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	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。） 注1）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。 注2）給付金の受取をマイナポータル等で登録した公金受取口座にした場合、申請後に公金受取口座情報を登録・変更・抹消されたときは、変更前の口座に給付される場合があります。																				
	※在職期間中の申請をする場合は、下記の記入は不要です。																				
	金融機関名・店舗名										農業協同組合								本店		
																			支店		
	金融機関コード・店番号																				
口座名義（カタカナ）										口座種類		1. 普通	口座番号								
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文字としてご記入ください。																					
										口座名義の区分									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 領 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	
		氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ				
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()					委任者と 代理人との 関係
		住所					
		氏名	フリガナ				

※添付書類や支給要件等を、事前に愛知県農協健康保険組合ホームページでご確認のうえ申請してください。

「被保険者記入用」は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

健康保険傷病手当金支給申請書

1

2

3

4

被保険者記入用

申請内容	1 傷病名	1) 2) 3)	2 発病又は 負傷年月日	1) 年 月 日 2) 年 月 日 3) 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 (発病時の状況) ☐ 2. ケガ ➡ 負傷原因届を併せてご提出ください。		
	4 療養のため休んだ期間（申請期間）	年 月 日 から 日数 年 月 日 まで 日間		
	5 あなたの仕事の内容（具体的に） （退職後の申請の場合は退職前の仕事内容）			
	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。 又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。		年 月 日 から 報酬額 年 月 日 まで 円		
2 「障害厚生年金」又は「障害手当金」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」又は「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。		傷病名		
		基礎年金番号 年金コード		
		支給開始 年 月 日 年月日		
		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 ➡ 名称 ☐ 2. 請求中 ☐ 3. いいえ		
3 - ①「はい」又は「請求中」と答えた場合、 基礎年金番号等をご記入ください。		基礎年金番号 年金コード		
		支給開始 年 月 日 年月日		
	年金額 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か。			
事項	4 - ①「はい」又は「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。	☐ 1. はい ☐ 2. 労災請求中 ☐ 3. いいえ 労働基準監督署		
	5 介護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

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

健康保険傷病手当金支給申請書

1 2 3 4

事業主記入用

被保険者氏名		証明期間		年 月 日 から 年 月 日 まで		日数	日間																																																																																																										
勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。																																																																																																																	
事業主が証明するところ	年 月分		年 月分		年 月分		賃金計算																																																																																																										
	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr><tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr><tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr><tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr><tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		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					<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr><tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr><tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr><tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr><tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		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					<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr><tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr><tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr><tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr><tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		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					締日	日
	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																																																																																																														
	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																																																																																																															
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																																																																																																															
出勤 日 有給 日		出勤 日 有給 日		出勤 日 有給 日		支払日	☐ 当月 ☐ 翌月 日																																																																																																										
欠勤 日		欠勤 日		欠勤 日																																																																																																													
給与の種類		☐ 月 給 ☐ 日 給 月 給 ☐ 歩 合 給 ☐ 日 給 ☐ 時 間 給 ☐ その他 ()																																																																																																															
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																																																																																																															
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。																																																																																																																	
支給した（する）賃金内訳	期間	単価	月 日 ~ 月 日 分 支給額	月 日 ~ 月 日 分 支給額	月 日 ~ 月 日 分 支給額	賃金計算方法について ご記入ください。 (欠勤控除計算方法等)																																																																																																											
	区分																																																																																																																
	基本給																																																																																																																
	通勤手当																																																																																																																
	住居手当																																																																																																																
	扶養手当																																																																																																																
	手当																																																																																																																
	手当																																																																																																																
現物給与																																																																																																																	
計																																																																																																																	
上記のとおり相違ないことを証明する。			年 月 日	担当者氏名																																																																																																													
事業所所在地																																																																																																																	
事業所名称																																																																																																																	
事業主氏名																																																																																																																	
電話番号 ()																																																																																																																	

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。>>>

健康保険傷病手当金支給申請書

療養担当者記入用

療 養 担 当 者 が 証 明 す る と こ ろ	被保険者氏名																															
	傷病名	1)																療養の給付 開始年月日 (初診日)	1)	年	月	日										
		2)																	2)	年	月	日										
		3)																	3)	年	月	日										
	発病又は 負傷の年月日	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	年	月	日	から	年	月	日	まで	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 (											)	転	☐ 治療	☐ 中止															
		☐ 自費	☐ その他											帰	☐ 繰越	☐ 転医																
	診療日を○で囲んでください。																															診療実日数
	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									
																				退院年月日	年	月	日									
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																																
上記のとおり相違ありません。 年 月 日																																
医療機関の所在地																																
医療機関名称																																
医師の氏名 電話番号 ()																																

記入例																																
療 養 担 当 者 が 証 明 す る と こ ろ	1 被保険者氏名	健保 太郎																														
	2 傷病名	1)	鎖骨骨折															3 療養の給付 開始年月日 (初診日)	1)	令和 3 年 4 月 21 日												
		2)																	2)	年 月 日												
		3)																	3)	年 月 日												
	発病又は 負傷の年月日	令和 3 年 4 月 21 日	☐ 発病 ☒ 負傷	発病又は 負傷の原因	左肩部強打																											
	4 労務不能 認めた期間	令和 3 年 4 月 21 日	から	21	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 (											)	転	☒ 治療	☐ 中止															
		☐ 自費	☐ その他											帰	☐ 繰越	☐ 転医																
	診療日を○で囲んでください。																															診療実日数
	4 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
5 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	
5 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)																																
鎖骨を骨折し、4/21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。																				手術年月日	年	月	日									
																				退院年月日	年	月	日									
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、固定後リハビリが必要であったため、 労務不能と判断した。																																
上記のとおり相違ありません。 令和 3 年 5 月 21 日																																
医療機関の所在地 愛知県○○市○○町○○番地																																
医療機関名称 ○○○病院																																
医師の氏名 ○○ ○○ 電話番号 000 (000) 0000																																

【被保険者の方へ】

1 療養担当者（医師等）の意見を受けてください。

【療養担当者の方へ】

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 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。

4 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。

5 症状及び経過、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。