

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

## （第 1 回）

被保険者（申請者）情報	記号	番号	生年 月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	1 0 0 0			6 3 1 2 0 1
	氏名	(フリガナ) ウミノ ソラタロウ	海野 空太郎		
	住所	(〒 103 - 〇△△△ )	東京	都 道 府 県	〇×市△—□—△
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 ( 〇〇〇〇 ) ××××				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )					

振込先指定口座	すでに届け出している口座に変更がない場合は記入不要です。								
	金融機関 名称	ゆうちょ銀行	口座の 記号-番号 (左づめ)	1	0	の	-		1
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。								

### <添付書類>

- ケガが原因の場合(初回のみ)  
「傷因照会」
- 資格取得から1年未満の場合(初回のみ)  
「職歴回答書・同意書」
- 老齢・退職年金、障害厚生年金を受けている場合  
「年金証書・年金額改定通知書の写し」
- 労災保険から休業補償給付を受けている場合  
「休業補償給付支給決定通知書の写し」

※申請内容を確認後、追加で添付書類をお願いすることもございますので、あらかじめご了承ください。

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

1/4

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

被保険者等 記号・番号	1 0 0 0 - 1 1 1	被保険者氏名	海野 空太郎
----------------	-----------------	--------	--------

申請内容	1 傷病名	右膝骨折	2 発病 または 負傷 年月日	令和 8 年 4 月 20 日
	3 請求期間の療養状況についてご記入ください。 該当の傷病は病気（疾病）ですか、ケガ（負傷）ですか。 請求期間の療養状況について（毎回記入）	（発病・負傷の原因（初回のみ）及び請求期間の療養状況（毎回））		
	※仕事や、通勤途中のケガは「労災保険」が優先されます。 ※第三者行為（交通事故など）による負傷・疾病は「第三者の行為による傷病届」の提出が必要です。	2 1. 病気 2. ケガ	自宅の階段を踏み外して転倒、右膝を強く打った。病院に行き入院をして、安静にしている。最近リハビリを始めた。	
	4 療養のため休んだ期間（申請期間）	(令和) 8 年 4 月 20 日 から	日数	42 日間
	(令和) 8 年 5 月 31 日 まで			
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の内容)	毎回記入してください。 運転手 大型車の運転			

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 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。	令和 8 年 4 月 20 日 から 令和 8 年 5 月 31 日 まで	報酬額 83,989 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。	3 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をご記入ください。	傷病名	
	「はい」と答えた場合は、年金証書等の年金の年額がわかるもの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 □令和 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。） 老齢また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、その名称ご記入ください。	3 1. はい 2. 請求中 3. いいえ	名称	
3 - ① 「はい」または「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	
「はい」と答えた場合は、年金証書等の年金の年額がわかるものを添付してください。	支給開始年月日	□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給付を受けている期間のものですか	3 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

「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

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。

事業主が証明すること	被保険者等 記号・番号	1 0 0 0 - 1 1 1	被保険者氏名	海 野 空 太 郎		
	労務に服さなかった期間	(令和) 8 年 4 月 20 日 から (令和) 8 年 5 月 31 日 まで 42 日間				
	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。				出勤	有給
	令和 8 年 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	計	0 日	3 日	
令和 8 年 5 月	<del>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</del>	計	0 日	0 日		
令和 年 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	計	日	日		
上記の期間に対して、 賃金を支給しました (します)か？	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	給与の 種類	<input checked="" type="checkbox"/> 月給 【435,000】円 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 日給 【 】円 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 時間給 【 】円 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算	締日 支払日	末日 <input checked="" type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月 22 日
上記の労務に服さなかった期間に対して、支給した報酬(※資格取得届や算定基礎届の標準報酬に算入しているもの)をご記入ください。						
報酬の名称	支給対象期間	支給額	賃金計算方法 (欠勤控除計算方法等) 所定労働日数 22 日			
基本給等 (出勤・有給休暇も含む)	4 月 20 日 ~ 4 月 22 日	3 日分 59,316 円	435,000 ÷ 22 × 3 = 59,316			
※給与が支払われた日を 賃金計算月毎に記入して ください。	月 日 ~ 月 日	日分 円				
通勤手当	4 月 20 日 ~ 4 月 30 日	11 日分 6,347 円	52,000 ÷ 3 ÷ 30 × 11 = 6,347			
手当	月 日 ~ 月 日	日分 円				
手当	月 日 ~ 月 日	日分 円				
現物給与 (社宅・食事等)	4 月 20 日 ~ 4 月 30 日	11 日分 18,326 円	50,000 ÷ 30 × 11 = 18,326			
【通勤手当】 <input type="checkbox"/> 支給なし <input type="checkbox"/> 出勤日のみ支給【日額 】円 <input type="checkbox"/> 精算なし <input checked="" type="checkbox"/> 精算あり → 右記に精算方法・式を明記	精算方法・式【 8 年 3 月支給 8 年 4 月 1 日 ~ 8 年 6 月 30 日分の内、 8 年 5 月に 8 年 5 月 1 日 ~ 8 年 6 月 30 日分精算】 1 ヶ月定期 18,000 円 × 2 ヶ月分 + 手数料 220 円 = 36,220 円 52,000 円 - 36,220 円 = 15,780 円					
上記のとおり相違ないことを証明する。	令和 8 年 6 月 3 日※1			担当者 氏名	保険 花子	
事業所所在地	東京都〇×区×-△-△					
事業所名称	株式会社 SEA SKY TRANSPORT AND LOGISTICS					
事業主氏名	代表取締役社長 空野 海			電話	03 (10×0) ××11	

## 【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。退職後の継続給付の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

## 【事業主の方へ】

- ・※1 証明は、申請期間経過後の日付をご記入ください。
- ・訂正の際には事業主印で訂正印または事業主のサインをお願いします。

## <<添付書類>>

- ①「請求期間の前月からの賃金台帳及び出勤簿の写し」、「通勤手当の精算状況が分かる明細の写し」
- ②「欠勤・休職中の給与について書かれた規定及び日割支給の算式の載った規定の写し」(初回のみ)
- ③「申請期間を含む雇用契約書の写し」(被保険者が正社員以外の場合・初回のみ)

「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

1 2 3 4

療養担当者記入用

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名	海 野 空 太 郎		
	傷病名	右 膝 蓋 骨 骨 折	療養の給付開始年月日(初診日)	令和 8 年 4 月 20 日
	発病または負傷の年月日	令和 8 年 4 月 20 日	<input type="checkbox"/> 発病 <input checked="" type="checkbox"/> 負傷	発病または負傷の原因 <b>自宅の階段で転倒</b>
	労務不能と認められた期間※1	令和 8 年 4 月 20 日から 令和 8 年 5 月 31 日まで 42 日間		
	うち入院期間	令和 8 年 4 月 20 日から 令和 8 年 5 月 31 日まで 42 日間	療養費用の別	<input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費( ) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他
診療実日数	42 日	診療日を○で囲んでください。	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	
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 令和 年 月 日		
2/20 救急車で来院。レントゲン、CT 検査を行い、骨折を確認。歩くことができないため、入院し安静加療とする。 3/20 より経過良好のためリハビリを開始。筋力の低下があるため、動ける範囲で動くように指導している。		退院年月日 令和 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(詳しく)		骨折しており、歩行できないため、就労(車の運転)は困難と考えられる。		
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	人工臓器等の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他( )	
上記のとおり相違ありません。		令和 8 年 6 月 3 日※2		
医療機関の所在地	東京都〇×区×—×—×			
医療機関の名称	海空運中央医療センター			
医師の氏名	海空 一			
		電話 03 ( 10×△ ) ×0×0		

※1 労務不能と認められた期間は、治療期間では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。

※2 労務不能と認められた期間が経過した後に証明してください。

※ 記入箇所を訂正する場合は、医師の訂正印の押印または医師のサインをお願いします。