【記入の順番】申請者が記入→医師が意見書記入→事業主（会社）が証明　　＜医師の意見書記入日より後に申請者が記入したものは受付できません＞

記入例

資格	得	年	月	日	標準報酬月額	千円
	喪	年	月	日		

事業主 殿

※注意事項：すべて和暦で記入

健康保険　傷病手当金　支給申請書

〔第 1 回目〕

書類記入日：令和 XX 年 XX

被保険者が記入するところ

被保険者等の記号・番号	記号 8〇〇	番号 1234	被保険者氏名	☑在職中は支給金額の受領を事業主に委任します。 健保 太郎
被保険者の住所	〒 〇〇〇 － 〇〇〇〇		電話番号	〇〇―〇
	東京 都府 道県 〇〇〇区△△△丁目〇〇―〇〇			
事業所の名称	株式会社 〇〇〇〇		資格取得日	S H R 〇 年 〇 月 〇 日
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内容）				
傷病名	胃潰瘍		発病または負傷日	平 令
①発病(負傷)の原因				
②現在の症状(具体的に)				
療養のため休んだ期間（申請期間）	令和 XX 年 8 月 10 日 ～ 令和 XX 年 8 月 31 日 22 日間			
（上記期間のうち医療機関を受診した日数）	5 日	（0日の場合はその理由）		
①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			
※上記①で「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）期間を記入してください。	令和 XX 年 8 月 10 日から 令和 XX 年 8 月 15 日まで　60,000円			
②「障害年金」または「障害手当金」を受給していますか。「はい」と答えた場合、どちらを受給していますか。	1. はい →(a. 障害厚生年金 b. 障害手当金) 2. 請求中 3. いいえ			
※上記②で「はい」または「請求中」と答えた方、受給の要因となった（なる）傷病名及び、基礎年金番号、年金コード、支給開始日、年金額を記入してください。（「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみ記入してください。）	傷病名 / 基礎年金番号 / 支給開始年月日 平成 令和 年 月 日			
③資格喪失（退職）した方、任意継続の方、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。	1. はい　2. 請求中　3. いいえ			
※上記③で「はい」または「請求中」と答えた方、基礎年金番号、年金コード、支給開始日、年金額を記入してください。（「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみ記入してください。）	基礎年金番号 / 年金コード / 支給開始年月日 / 年金額 平成 令和 年 月 日 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。	1. はい　2. 労災請求中　3. いいえ			
※上記④で「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元（請求元）の労働基準監督署名を記入してください。	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	

書類は、必ず申請期間より後の日付で記入してください。

被保険者氏名は自著した場合、押印不要です。在職中の方は受領委任の□に✓を入れて下さい。

仕事内容は**休業前に従事していた仕事について**詳しく記入してください。例）「総務部で管財担当」「システム

傷病手当金の支給申請の要因となった傷病名

①その発症原因
②現在の自覚症状を具体的に記入してください。

申請期間については、第１回目の申請は療養のために休業を開始した日からの期間を記入してください。第２回目以降の申請は暦月単位でご記入ください。

休業中に報酬（給料）を受けている期間については、原則として傷病手当金の支給はありませんが、給料が傷病手当金の額よりも少ない場合は、その差額が支給されます。

受取代理人の欄

本請求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

被保険者　氏名

代理人

代理人住所

委任者と代理人との関係

受領を代理人に委任する場合に記入してください。

社会保険労務士提出代行者の印	㊞

受付日付印

事業主が証明する欄

被保険者等の記号・番号	－	被保険者の氏名	

労務に服さなかった期間　　まで　　日間

出勤状況　出勤は　　日　有給　　日

R 年 月	1																													
R 年 月	1																													
R 年 月	1																													

上記の期間に対して、　当月　日

賃金の形態　月給　翌月　日

上記の期間を含む

区分＼期間	月 日～ 月 日分
基本給	円
通勤手当	円
残業手当	円
家族手当	円
手当	円
現物給与	円

※　出勤・賃金状況等について、別途**当該証明期間**にかかる「勤務表」および「給与明細」を添付ください。

うえのとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日

事業主の住所（所在地）　〒

会社名・代表者氏名　㊞　電話番号

事業主（会社）が証明するところ

療養を担当した医師が意見を書くところ

傷病名	
発病または傷病の年月日	年 月 日
発病または負傷の原因	
労務不能と認めた期間	間中日数　日間
うえの期間に入院した期間がある場合	用　健保・公費 自費・その他
「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）…(1)	
症状の経過からみて従前の職種について労務不能と認められた医学的な所見…(2)	

※　(1)(2)について

うえのとおり相違ありません。　令和　年　月　日

住所（所在地）　〒

電話番号

医師　医療機関名

氏名　㊞

意見書をご記入いただく医師へのお願い

被保険者の記入欄すべてに記載がある書類のみ証明をお願いします。

医師の意見書欄：労務不能期間は、証明日より先の日付(見込み)は支給不可のため、最長で証明日までの証明をお願いします。