

健康保険 傷病手当金 傷病手当金付加金 支給申請書  
記入上のご注意

被保険者の方へ

- ・現職の被保険者は所属事業所の人事担当窓口を経由して申請してください。申請前に事業所と療養のため休んだ期間や報酬の有無等について確認する必要があります。
- ・申請内容によって添付書類が必要になる場合があります。後述の添付書類をご確認ください。

事業所の方へ

- ・労災に該当する傷病については申請できません。
- ・被保険者から申請の問い合わせがありましたら療養のため休んだ期間や報酬の有無等について本人とご確認ください。
- ・申請書は4枚に分かれており1～2ページ目は被保険者が記入、3ページ目は事業所が記入、4ページ目は医師が記入することになっております。別紙の記入例を参考にしてご記入ください。記入の順番に特に決まりはありませんが、本人⇒医師⇒事業所と記入するケースが多いようです。なお通常の場合、下記期間は同じ期間になります。  
申請書2ページ目の被保険者記載欄「療養のため休んだ期間」  
申請書3ページ目の事業所記載欄「労務に服さなかった期間」  
申請書4ページ目の医師の記載欄「労務不能と認めた期間」

申請期間について

申請期間にかかる給与が確定（給与締め日）後の申請になります。未来の日については申請できません。数か月分まとめて申請することもできますが、基本的には毎月申請をお願いいたします。

例：賃金締切日が末日の場合

20日から翌月10日まで労務不能であったなら、翌月1日以降に20日から末日までを申請し、翌月1日から10日までの分は翌々月1日以降に申請。

初回申請時の添付書類

初回の申請で、申請期間が当組合資格取得日から1年未満の方（新卒者除く）	①健康保険加入状況調査票（当組合ホームページからダウンロードできます） ②（関係機関への照会に関する）同意書（当組合ホームページからダウンロードできます）
障害厚生年金・障害手当金を受給している方	①厚生年金保険障害年金証書のコピー（障害厚生年金受給の場合） ②障害手当金決定通知書のコピー（障害手当金受給の場合） ③給付額と支給開始年月を証明する書類のコピー ③直近の額を証明する書類（年金振込通知書等）のコピー
老齢退職年金の給付を受けている方（資格喪失後に申請する場合）	①老齢退職年金の年金証書のコピー ②給付額と支給開始年月を証明する書類のコピー ③直近の額を証明する書類（年金振込通知書等）のコピー
ケガ（負傷）の場合	健康保険負傷原因届 （当組合ホームページからダウンロードできます）
第三者による傷病の場合	第三者の行為による傷病届 （当組合ホームページからダウンロードできます）
被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合	当組合までお問い合わせください。

※上記以外の書類が必要になる場合があります。予めご了承ください。

※同一傷病での2回目以降の申請の場合、上記添付書類は不要です。ただし内容に変更があった場合（年金額の改定等）はその都度ご提出をお願い致します。

健保記載欄			

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

## 傷病手当金付加金

1 2 3 4  
被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報	記号	番号	生年月日	年	月	日				
	被保険者証の (右づめ)	1 2 3 4	5 6 7 8	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	4	8	0	9	1	0
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ		健保 太郎						
	住所	(〒 ○○○ - ○○○○ )		○○	都	道	府	県	○○市○○町	○○番○○号○○
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ○○○ (○○○○) ○○○○									

振込先指定口座	金融機関 名称	○○	銀行	金庫	信組	○○	本店	支店				
	預金種別	1	1. 普通 2. 当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	右づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(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。)							口座名義 の区分	1	1. 申請者 2. 遺族	
ケンポ ° タロウ												

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

健保記載欄	決裁年月日	年	月	日	全部・一部 不支給	期間	
	支給額	円	理由				
	支給内訳	傷病手当金		円			
		傷病手当金付加金	円				
	支給開始	年	月	日	備考		
支給期間	自	年	月	日		日間	
	至	年	月	日			

受付日付印

# 健康保険 傷病手当金 傷病手当金付加金 支給申請書

1 2 3 4  
被保険者（申請者）記入用

申請内容	1 傷病名	1) 急性虫垂炎 2) 3)	2 発病 または 負傷 年月日	令和 3 年 8 月 1 日 令和 年 月 日 令和 年 月 日
	3 該当の傷病は病気（疾病）ですか、ケガ（負傷）ですか。	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 病気 (発病時の状況) 8/11に腹部に痛みがあり受診したところ急性虫垂炎と診断された <input type="checkbox"/> 2. ケガ → 相手がいない場合は「健康保険負傷原因届」をご提出ください。相手がいる場合（第三者の行為による傷病）は当組合へお問い合わせください。		
	4 療養のため休んだ期間（申請期間）	(令和) 年 月 日 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> から 日数 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="1"/> まで <b>21</b> 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の内容）	営業職			

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。	<input checked="" type="checkbox"/> 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 3 年 8 月 1 日 から 報酬額 <b>116,000</b> 円 令和 3 年 8 月 31 日 まで
	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。	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい → <input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 2. 請求中 → <input type="checkbox"/> 2. 障害手当金 <input type="checkbox"/> 3. いいえ
	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 基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 年金額 円
	2 - 「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。	
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。	<input type="checkbox"/> 1. はい → 名称 <input type="checkbox"/> 2. 請求中 → <input type="checkbox"/> 3. いいえ	
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 支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 年金額 円	
3 - 「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。		
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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	

私は、傷病手当金・傷病手当金付加金の請求に関し、東宝健康保険組合が療養を担当した医療機関及び医師に照会し情報提供を受けることに同意致します。  
令和 3 年 9 月 〇 日

被保険者の 住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇〇  
氏名 健保 太郎 (印) 電話 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇  
東宝健康保険組合理事長殿

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

このページは事業所担当者が記入すること

# 健康保険 傷病手当金付加金 支給申請書

① 労務に服することができなかった期間：通常の場合、2ページ目の被保険者記載欄「療養のため休んだ期間」と4ページ目の医師の記載欄「労務不能と認めた期間」と同じ期間になります。

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

事業主が証明するところ	被保険者氏名	健保 太郎		記号・番号	1234-5678																												
	① 労務に服することができなかった期間	令和3年 8月 11日から 令和3年 8月 31日まで 21 日間																															
	② 勤務状況（出勤は○、有給は△、公休は公、欠勤は／でそれぞれ表示してください。 ※1	出勤	有給																														
	3年 8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	7 日
② 勤務状況：休んだ期間だけでなく給与の締日単位で記入 （締日の翌日から翌月の締日まで） たとえば、月末締め→1日から末日まで 15日締め→16日から翌月15日まで （同期間が確認できる勤務表の添付でも可）																																	
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	<input type="checkbox"/> 時間給	<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> その他	賃金計算	締日	月末	日	日	支払日	<input type="checkbox"/> 当月	<input checked="" type="checkbox"/> 翌月	25 日																	
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。 ※2																																	
支給した（する）賃金内訳	区分	期間	単価 ④	8月 1日 ③	月	日分	支給額	日分	支給額																								
	基本給		240,000	8月 1日	月	日分	96,000	日分	支給額																								
	家族手当		20,000				20,000																										
	計		260,000				116,000																										
	⑤ 賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）についてご記入ください。																																
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 欠勤控除 基本給 ÷ 所定労働日数 × 欠勤日数 240,000 ÷ 20日 × 12 = 144,000円</li> <li>● 家族手当は満額支給</li> <li>● 通勤手当 R3.3.25支払給与でR3.4.1～R3.9.30の半年分定期代45,000円支給 欠勤控除なし</li> </ul>																																	
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和〇年 〇月 〇日																																	
事業所所在地 東京都千代田区〇〇〇-〇〇〇																																	
事業所名称 〇〇〇〇株式会社																																	
事業主氏名 〇〇〇〇〇																																	
電話 ( )																																	

【事業主の方へ】

※1 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、公休日の場合は公で、欠勤の場合は／で表示してください。

※2 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における賃金支払状況についてご記入ください。また、賃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。

「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 傷病手当金付加金 支給申請書

1 2 3 4

療養担当者記入用

このページは医師に証明していただくこと

療養担当者が意見を記入するところ

患者氏名																					
傷病名 ※1	(1)											療養の給付 開始年月日	(1)令和	年	月	日					
	(2)											(初診日)	(2)令和	年	月	日					
	(3)											※2	(3)令和	年	月	日					
発病または 負傷の年月日	令和	年	月	日			<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または 負傷の原因													
労務不能と 認めた期間 ※3	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間												
うち入院期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間 入院	療養費用の別		<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費( )			転帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医						
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																		
	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																		
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)												※4 手術年月日 令和 年 月 日									
												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																					
人工透析を実施 または人工臓器 を装着したとき		人工透析の実施または 人工臓器を装着した日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		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( )													
令和 年 月 日																					
上記のとおり相違ありません。																					
医療機関の所在地																					
医療機関の名称																					
医師の氏名																					
電話 ( )																					

【療養担当者の方へ】

- ※1 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。
- ※2 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。
- ※3 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。
- ※4 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。