

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

記入例

被保険者（申請者）情報	被保険者等の （右づめ）	記号 100	番号 XXXX	生年月日 昭和 平成 令和	620301
	氏名 （フリガナ）	ケンポ タロウ 健保 太郎			
	住所 （〒 6XX- 0000）	兵庫 都道 府県 神戸市〇区〇〇 〇〇マンション〇〇〇			
	電話番号 （日中の連絡先）	TEL 090（ 5555 ） 0000			
	事業所名	（株）フレッシュ ダスキン		所属（勤務）先	総務部

振込先指定口座	金融機関 名称	〇〇〇〇 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（ ）		〇〇〇〇 本店 支店 出張所 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	▼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。） ケンポ゜ タロウ		

<添付書類>

障害厚生年金の給付を受けているとき	障害厚生年金給付の年金証書の写し 及び支払開始年月日並びに直近の年金額が確認できる年金額支払（改定）通知等の写し
老齢退職年金の給付を受けているとき 『申請期間が退職後（資格喪失後）の場合のみ』	老齢退職年金給付の年金証書の写し 及び支払開始年月日並びに直近の年金額が確認できる年金額支払（改定）通知等の写し
労災保険から休業補償給付を受けているとき	休業補償給付支給決定通知書の写し
負傷による請求のとき	健康保険負傷原因届
被保険者の死亡後に相続人が請求するとき	被保険者との続柄が確認できる戸籍等の公的証明書

<継続給付申請の方へ>

療養担当者（医師等）が労務不能と認めた期間がダスキン健康保険組合資格喪失後である場合の申請には事業主証明は不要となりますが、1. から4. 全てのシートをダスキン健康保険組合へご提出ください。
なお、「傷病手当金申請に係る療養状況等について」の添付が必要となります。

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、正しい内容と訂正した者の氏名（サイン）をご記入ください。

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

所属事務所から届出済みのため記入不要です。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

2024/12/2

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

申請内容	1 傷病名	1) 鎖骨骨折 2) 3)	2 発病 または 負傷 年月日	令和 3 年 4 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。	2 1. 病気 (発病時の状況) 2. ケガ → 【K14】 負傷原因届を併せてご提出ください ※記入例を御参照下さい。		
	4 療養のため休んだ期間(申請期間)	(令和) 年 月 日 030401 から 日数 31 日間 030501 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)	総務担当事務		

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 3 年 3 月 16 日 から 報酬額 150,000 円 令和 3 年 4 月 15 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。	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。 「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。	傷病名 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。 「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。	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	
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

資格喪失日以降の期間に関する申請については記入不要
【K7-1】「傷病手当金申請に係る療養状況等について」の提出が必要です。

記入例

1 主が証明するところ

1	被保険者氏名	健保 太郎				
	雇用基本契約	週	月20日 9時 00分 から 17時 30分	休日曜日（シフト制以外）	土日祝、夏季、冬季	
	有給手当日額	10,000円	通勤手当計算方法	月内に出勤日がある時は月額支給		
	療養のため休んだ期間に対して、賃金を支給しました（します）か？	☒ はい ☐ いいえ	2 給与の種類	☐ 月給 ☐ 時間給 ☐ 日給 ☒ 日給月給 ☐ 歩合給 ☐ その他	3 賃金計算 締日 15日 支払日 ☒ 当月 25日 ☐ 翌月	
4	4 月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	3月16日 ～ 4月15日分	4月16日 ～ 5月15日分	月 日 日分	
	区分		支給額	支給額	支給額	
	基本給	200,000/月	100,000	100,000		
	通勤手当	10,000/月	10,000	10,000		
	住居手当	10,000/月	10,000	10,000		
	扶養手当					
	有休 手当	10,000/日	30,000			
	計		150,000	120,000		
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 3年 5月 20日						
事業所所在地 〒0000-00 00県00市00-0						
事業所名称 (株) フレッシュダスキン						
事業主氏名 代表取締役 島 大作						
電話 00 (0000) 0000						
担当者氏名 健保 良子						

療養担当者（医師等）が労務不能と認めた期間の出勤簿及び賃金台帳（写）を添付してください。

記入例

1	被保険者氏名	健保 太郎				
	雇用基本契約	週	月20日 9時 00分 から 17時 30分	休日曜日（シフト制以外）	土日祝、夏季、冬季	
	有給手当日額	10,000円	通勤手当計算方法	月内に出勤日がある時は月額支給		
	療養のため休んだ期間に対して、賃金を支給しました（します）か？	☒ はい ☐ いいえ	2 給与の種類	☐ 月給 ☐ 時間給 ☐ 日給 ☒ 日給月給 ☐ その他	3 賃金計算 締日 15日 支払日 ☒ 当月 25日 ☐ 翌月	
4	4 月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	3月16日 ～ 4月15日分	4月16日 ～ 5月15日分	月 日 日分	
	区分		支給額	支給額	支給額	
	基本給	200,000/月	100,000	100,000		
	通勤手当	10,000/月	10,000	10,000		
	住居手当	10,000/月	10,000	10,000		
	扶養手当					
	有休 手当	10,000/日	30,000			
	計		150,000	120,000		
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 3年 5月 20日						
事業所所在地 〒0000-00 00県00市00-0						
事業所名称 (株) フレッシュダスキン						
事業主氏名 代表取締役 島 大作						
電話 00 (0000) 0000						
担当者氏名 健保 良子						

【被保険者の方へ】

- 1 所属事業所に証明を受けてください。（被保険者証等に記載されています。）
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。

【事業主の方へ】

- 2 給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。
- 3 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。
- 4 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給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 支給申請書

1 2 3 4

療養担当者記入用

記入例

1

患者氏名

健保 太郎

傷病

(1) 鎖骨骨折

療養の給付
開始年月日
(初診日)

(1) 令和 3 年 4 月 1 日
(2) 令和 年 月 日
(3) 令和 年 月 日

発病または
負傷の年月日

令和 3 年 4 月 1 日

☐ 発病
☒ 負傷

発病または
負傷の原因

鎖骨強打

労務不能
認めた

令和 3 年 4 月 1 日から
令和 3 年 5 月 1 日まで 31 日間

うち入院期間

令和 年 月 日から 日間
令和 年 月 日まで 入院

療養費用の別

☒ 健保 ☐ 公費 () ☐ 自費 ☐ その他
☒ 治癒 ☐ 中止
転帰 ☐ 繰越 ☐ 転医

診療実日数

診療日を 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
○で囲んで 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
ください。 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)

手術年月日 令和 年 月 日

鎖骨を骨折し、4月1日初診、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。

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

骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後もリハビリが必要であったため、
労務不能とした。

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

☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和

年 月 日

人工臓器等
の種類

☐ 人工肛門 ☐ 人工関節
☐ 人工骨頭 ☐ 心臓ペースメーカー
☐ 人工透析 ☐ その他 ()

上記のとおり相違ありません。

令和 3 年 5 月 15 日

医療機関の所在地

〒0000-00 00県00市00-0

医療機関の名称

医療法人 ダスキクリニック

医師の氏名

六甲 ひろし

電話 00 (0000) 0000

記入例

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、正しい内容と訂正した者の氏名(サイン)をご記入ください。

1

患者氏名

健保 太郎

傷病

(1) 鎖骨骨折

(2) (3)

療養の給付
開始年月日
(初診日)

(1) 令和 3 年 4 月 1 日
(2) 令和 年 月 日
(3) 令和 年 月 日

発病または
負傷の年月日

令和 3 年 4 月 1 日

☐ 発病
☒ 負傷

発病または
負傷の原因

鎖骨強打

労務不能
認めた

令和 3 年 4 月 1 日から
令和 3 年 5 月 1 日まで 31 日間

うち入院期間

令和 年 月 日から 日間
令和 年 月 日まで 入院

療養費用の別

☒ 健保 ☐ 公費 () ☐ 自費 ☐ その他
☒ 治癒 ☐ 中止
転帰 ☐ 繰越 ☐ 転医

診療実日数

診療日を 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
○で囲んで 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
ください。 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)

手術年月日 令和 年 月 日

鎖骨を骨折し、4月1日初診、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。

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

骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後もリハビリが必要であったため、
労務不能とした。

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

☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和

年 月 日

人工臓器等
の種類

☐ 人工肛門 ☐ 人工関節
☐ 人工骨頭 ☐ 心臓ペースメーカー
☐ 人工透析 ☐ その他 ()

上記のとおり相違ありません。

令和 3 年 5 月 15 日

医療機関の所在地

〒0000-00 00県00市00-0

医療機関の名称

医療法人 ダスキクリニック

医師の氏名

六甲 ひろし

電話 00 (0000) 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。

健康保険組合 決裁欄

常務理事

事務長

担当

決定年月日 令和 年 月 日

支給年月日 令和 年 月 日