

### 健康保険 傷病手当金支給申請書（申請者用）

申請日	令和 ●●年 ●●月 ●●日
-----	----------------

本申請書に関し、電子申請の代理入力を事業主へ依頼します。

(申請者本人の署名)

プリマ健保 太郎 (自署)

#### 《添付書類》

##### (1) 必須

①健康保険 傷病手当金支給申請書 (医師の証明) (原本)

##### (2) 申請期間に以下が該当する場合

・老齢年金を受給している場合

①直近の年金年額通知書 (写し)

・障害年金を受給している場合

①年金年額通知書 (写し)

②障害年金適用傷病名が確認できる書類 (写し)

・出産手当金を申請している場合

①健康保険 出産手当金支給申請書 (写し)

※該当する事柄  にチェック  を付けてください。

被保険者 (申請者)	記号と番号	記号 ●●	番号 ●●●●	生年月日	昭平 令和 ●●年 ●●月 ●●日
	フリガナ 氏名	プリマケンボ タロウ プリマ健保 太郎			
	住所	〒 XXX - XXXX ●●県●●市●●-●●-●●		TEL	XX - XXXX - XXXX
	会社名	●●株式会社	所属名	●●工場	
申請内容	申請内容 (申請期間 1年6ヶ月間になります)	申請回数	● 回目		
	療養のため休んだ期間 (申請期間)	令和 ●●年 ●●月 ●●日 から 令和 ●●年 △△月 △△日 まで	日数	●● 日間	
	傷病名	医師の診断名を記入してください		発病または 負傷年月日	令和 ●●年 ●●月 ●●日
	発病の原因 及び経過	(原因及び経過) 原因と現在の状態 (治療中・完治等) について記入してください ○ 病気 ○ ケガ⇒下記を記入し、別紙「負傷原因届」も提出してください。			
	ケガの場合	負傷した時間帯 (状況)	○ 勤務中 ○ 通勤途中 ○ 私用中 ○ その他 ( )		
	負傷した場所	○ 会社内 ○ 自宅 ○ その他 ( スーパーの駐車場 )			
	第三者によるものですか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ ○ はい → 第三者行為の手続について後日連絡します			

<年金年額通知書：最新版を提出してください。>

国民年金・厚生年金保険 年金額改定通知書

※更新の場合、毎年6月初旬頃

<障害年金適用傷病名確認書類：認定時の書類>  
※傷病手当金申請傷病と同一の場合、控除対象です。  
但し同一傷病の可否については健保組合の判断となります。

国民年金・厚生年金保険 年金決定通知書

申請傷病名として、何回目の申請が記載してください。

「療養のため休んだ期間」は、医師の労務不能期間内で記載してください。

①「日数」=②「申請期間の暦日数」-③「2ページ目記入の：有休・出勤取得日数」となります。  
例：①「25日間」=②「30日間 (●月1日~30日)」-③「5日間 (●月1日~5日)」

発病年月日がわからない場合、初回診療日を記載してください。

<記入例：事例を参考に記載してください。>

スーパーで買い物している途中で段差につまずき転倒し、足を折った。  
治療継続中。 ※原因不明の場合は、「原因不明。突然腹痛が起きた」等

### 健康保険 負傷原因届 (申請者用)

記号と番号	記号	番号
-------	----	----

《傷病手当金支給申請書への添付用》  
●傷病手当金支給申請書「被保険者 (申請者)」の裏で「ケガ」と記載された場合は、

振込先指定口座について以下いずれかを選択してください。

①上記において事業主経由での支給を了承しました。⇒ 下記振込先口座欄記載不要。

②上記①以外の場合、下記振込先口座について記入してください。

※口座名義人が遺族の場合、別途代表者選定届等の手続きが必要です。

※日本国内の口座のみとなります。海外送金はいりません。

金融機関	銀行(預金) 信託
支店名	
預金種別	口座番号
口座名義(カタカナ)	

被保険者氏名 (フリガナ)

この「負担率四捨」を必ず添付してください。

在職者の方は、原則事業所経由での支払いとなりますので、①にチェックをしてください。

主に、退職者・遺族等の記入欄です。

前記の療養のため休んだ期間(申請期間)に下記の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。

「はい」の場合、該当するものに○を付け、必要な書類を添付してください

いいえ  はい

① 会社からの報酬(賞金等)

② 老齢年金 → 年額通知書を添付してください

老齢年金 受給期間・受給額	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日数	日間
		支給額	円

③ 障害年金 → 傷病名の記載のある通知書等と年額通知書を添付してください

障害年金 受給期間・受給額	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日数	日間
		支給額	円

④ 出産手当金 → 健康保険 出産手当金支給申請書の写しを添付してください

出産手当金 受給期間・受給額	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日数	日間
		支給額	円

前記の療養のため休んだ期間(申請期間)に有給休暇又は出勤がありましたか。

「はい」の場合、該当するものに○を付け、必要な書類を添付してください

いいえ  はい

① 有給休暇 ※有給休暇には、半日・時間休は含みません。

有休取得期間	令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日 から 令和 ●● 年 ●● 月 △ 日 まで	日数	● 日間
--------	---	----	------

② 出勤 ※半日有休・時間有休については出勤した日としてカウントしてください。

出勤期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日数	日間
------	----------------------------	----	----

賞金等会社から報酬を受け取った期間及び金額の根拠は、事業主に提出してもらうため、期間等の記入は不要です

在職中の申請の場合、老齢年金は控除対象外ですが、受給状況を確認する必要があるため、該当する場合は、記入をお願いします。

傷病手当金申請傷病と障害年金の該当傷病が同一の場合、支給額が控除対象となります。同一であるかどうかの判定は、健保組合が判断いたします。

今回の申請期間内と出産手当金の支給期間が重なっている場合、出産手当金の支給額が控除対象となります。

- 【事業所担当者は以下ご対応ください】
- ①本申請書の画像をワークフロー内添付1へ添付してください。
  - ②本申請書の原本を健保組合へ提出してください。
  - ③医師の証明の原本を健保組合へ提出してください。
  - ④医師の証明等の画像の添付はワークフロー内の指定箇所に添付してください。
  - ⑤ワークフロー内に指示のない提出書類の画像は添付2以降へ添付してください。

事業所  
担当者