

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 < > 回目

被保険者（申請者）情報	記号	番号	取得月日	年	月	日
	被保険者等の （右づめ）			☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		
	氏名 （フリガナ）	生年月日	年	月	日	標準報酬 月 額
	住所 （〒 — ） 都 道 府 県	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和				千円
電話番号 （日中の連絡先）	TEL （ ）					

振込先指定口座（被保険者口座）	金融機関 コード・名称	銀行コード： 銀行 金庫 信組 支店コード： 本店 支店 農協 漁協 出張所 名称： その他（ ） 名称： 本所 支所			
	預金種別	☐ 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号		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。）	口座名義 の区分	☐ 1. 申請者 2. 代理人	

※記入内容を訂正する場合は、被保険者が二重線で抹消し、
正しい内容を記入し、被保険者氏名（フルネーム）を記入してください。

「2」の場合は必ず記入ください。

受取代理人（健保口）の欄	被保険者 （申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 年 月 日
	氏名	住所	「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ
	代理人 （健保口情報）	住所 （〒 — ） TEL （ ） 氏名 （フリガナ）	

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

本申請に 関する同意欄	当組合が本申請に関わる機関 （医療機関・前加入保険者等）へ 調査することを同意いたします
----------------	--

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

受付日付印

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) _____ 2) _____ 3) _____	2 発病 または 負傷 年月日	平・令	年	月	日
	3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	☐ 1. 病気 ☐ 2. ケガ					
	(発病時、または現在の状況等、労務に服せない具体的な理由)						
	➔ 負傷原因届を併せてご提出ください						
4 療養のため休んだ期間(申請期間)	☐ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ☐ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日		から	日数			
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)							

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. 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。	平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から 平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 まで	報酬額 _____ 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。	☐ 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 _____ 基礎年金番号 _____	
	「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。	年金コード _____ 支給開始年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	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。	☐ 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 _____	
	「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。	年金コード _____ 支給開始年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	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	
	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 _____

※労災から給付を受けている(受けたことがある)場合は、支給決定通知書の写しを添付してください。

※記入内容を訂正する場合は、被保険者が二重線で抹消し、正しい内容を記入し、被保険者氏名(フルネーム)を記入してください。

「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。
※請求期間に該当する＜出勤簿＞および＜賃金台帳＞の写しを添付してください。

事業主が証明するところ

被保険者氏名		
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
平・令 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
平・令 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
平・令 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？	☐ はい ☐ いいえ	給与の種類 ☐ 月給 ☐ 時間給 ☐ 日給 ☐ 歩合給 ☐ 日給月給 ☐ その他
賃金計算		締日 支払日
		☐ 当月 ☐ 翌月

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。

支給した(する)賃金内訳	区分	単価	月 日	月 日	月 日	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。
			～ 月 日分	～ 月 日分	～ 月 日分	
			支給額	支給額	支給額	
	基本給					
	通勤手当					
	住居手当					
	扶養手当					
	手当					
	手当					
	現物給与					
	計					

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

担当者氏名

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話 ()

※記入内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容を記入し、事業主氏名(フルネーム)を記入してください。

記入例

1	2	被保険者氏名 協会 太郎	出勤 有給
3	4	平成26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 4 日 1 日
5	6	平成26年 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	計 3 日 0 日
7	8	平成 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
9	10	上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？ ☒ はい ☐ いいえ	給与の種類 ☒ 月給 ☐ 時間給 ☐ 日給 ☐ 歩合給 ☐ 日給月給 ☐ その他
11	12	賃金計算	締日 15 日
13	14	支払日 ☒ 当月 ☐ 翌月	25 日
15	16	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。	
17	18	期間 4 月 16 日	月 日
19	20	単価	月 日
21	22	～ 5 月 15 日分	～ 月 日分
23	24	支給額	支給額
25	26	支給額	支給額
27	28	支給額	支給額
29	30	基本給	300,000
31	32	通勤手当	120,000
33	34	住居手当	20,000
35	36	扶養手当	
37	38	手当	
39	40	手当	
41	42	現物給与	
43	44	計	440,000
45	46	155,000	
47	48	上記のとおり相違ないことを証明します。	6 平成 26 年 5 月 21 日
49	50	事業所所在地 東京都千代田区△△ 1-1	担当者氏名 ○○ ○○
51	52	事業所名称 ○○株式会社	
53	54	事業主氏名 健保 三郎	電話 03 ()

【被保険者の方へ】

1 お勤め先の事業所に証明を受けてください。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 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。

3 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。

4 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。

5 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。

6 賃金計算の締日以降の日付で証明ください。

新型コロナウイルス感染症 証明書

事業主記入用

※記入内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容を記入し、事業主氏名(フルネーム)を記入してください。

被保険者情報	記号	番号	氏名	(フリガナ)
	被保険者等の 記号と番号			
業務内容				

確認事項	①感染経路が業務によることが明らかな場合 ②感染経路が不明でも、感染リスクが高い業務に従事し、それにより感染した見込みが高い場合 例1) 本人含め、2人以上の感染者が確認された労働環境下での業務 例2) 顧客等との近接や接触の機会が多い労働環境下での業務			
	①②いずれかに 該当しますか	☐ はい ☐ いいえ	「はい」の場合 労働基準監督署に 問い合わせた結果	☐ 業務上(労災該当) ☐ 労災非該当

「業務上」の場合
労災へご申請ください。

証明内容	労務不能だった期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	日数	日間
	労務不能だった日について、被保険者から事業所に <u>いつどのような連絡があり、どのような指示をしたのか</u> 、経過を詳しくご記入ください。											
	月	日	経過									
	月	日	経過									
	月	日	経過									

※記入欄が不足する場合は複数枚ご用意いただきご記入ください。

事業主証明欄	上記のとおり相違ないことを証明する。	令和	年	月	日	担当者 氏 名
	事業所所在地					
	事業所名称					
	事業主氏名	TEL ()				

新型コロナウイルス 療養状況申立書

被保険者記入用

1/2

※記入内容を訂正する場合は、被保険者が二重線で抹消し、正しい内容を記入し、被保険者氏名(フルネーム)を記入してください。

被保険者情報	記号		番号		氏名	(フリガナ)			
	被保険者等の 記号と番号								
	会社へ労務不能である旨の 連絡をした年月日		令和	年	月	日	感染経路 ☐ 家庭内 ☐ 職場 ☐ その他() ☐ 不明		
	発症日	令和	年	月	日	☐ 午前(時頃) から ☐ 午後(時頃) から	☐ 発熱 ☐ せき ☐ のどの痛み ☐ 鼻水 ☐ 倦怠感 ☐ その他() ☐ 自覚症状なし		
陽性判明日	令和	年	月	日	療養解除日	令和	年	月	日

記入例

8 月 15 日 体温(38.0 °C)	☒ 自覚症状あり ⇒ ☒ せき ☐ のどの痛み ☐ 鼻水 ☒ 倦怠感 ☒ その他(頭痛) ☐ 自覚症状なし
	具体的な症状・療養状況 起床後に倦怠感と喉の違和感を感じ、検温したところ38.0℃あったので会社へその旨を連絡した。 PCR検査の結果、陽性が判明。夜からは、せきもではじめた。

申立内容

会社を休み、療養していた全ての日について(公休日も含めて)の自覚症状や療養状況などを詳しくご記入ください。

月 日	☐ 自覚症状あり ⇒ ☐ せき ☐ のどの痛み ☐ 鼻水 ☐ 倦怠感 ☐ その他() ☐ 自覚症状なし
体温(°C)	具体的な症状・療養状況
月 日	☐ 自覚症状あり ⇒ ☐ せき ☐ のどの痛み ☐ 鼻水 ☐ 倦怠感 ☐ その他() ☐ 自覚症状なし
体温(°C)	具体的な症状・療養状況
月 日	☐ 自覚症状あり ⇒ ☐ せき ☐ のどの痛み ☐ 鼻水 ☐ 倦怠感 ☐ その他() ☐ 自覚症状なし
体温(°C)	具体的な症状・療養状況
月 日	☐ 自覚症状あり ⇒ ☐ せき ☐ のどの痛み ☐ 鼻水 ☐ 倦怠感 ☐ その他() ☐ 自覚症状なし
体温(°C)	具体的な症状・療養状況

次ページもご記入ください。

>>>

新型コロナウイルス 療養状況申立書

被保険者記入用

2/2

申立内容

会社を休み、療養していた**全ての日**について（公休日も含めて）の自覚症状や療養状況などを詳しくご記入ください。

月 日	☐ 自覚症状あり ⇒ ☐ せき ☐ のどの痛み ☐ 鼻水 ☐ 倦怠感 ☐ その他() ☐ 自覚症状なし
体温(°C)	具体的な症状・療養状況
月 日	☐ 自覚症状あり ⇒ ☐ せき ☐ のどの痛み ☐ 鼻水 ☐ 倦怠感 ☐ その他() ☐ 自覚症状なし
体温(°C)	具体的な症状・療養状況
月 日	☐ 自覚症状あり ⇒ ☐ せき ☐ のどの痛み ☐ 鼻水 ☐ 倦怠感 ☐ その他() ☐ 自覚症状なし
体温(°C)	具体的な症状・療養状況
月 日	☐ 自覚症状あり ⇒ ☐ せき ☐ のどの痛み ☐ 鼻水 ☐ 倦怠感 ☐ その他() ☐ 自覚症状なし
体温(°C)	具体的な症状・療養状況
月 日	☐ 自覚症状あり ⇒ ☐ せき ☐ のどの痛み ☐ 鼻水 ☐ 倦怠感 ☐ その他() ☐ 自覚症状なし
体温(°C)	具体的な症状・療養状況
月 日	☐ 自覚症状あり ⇒ ☐ せき ☐ のどの痛み ☐ 鼻水 ☐ 倦怠感 ☐ その他() ☐ 自覚症状なし
体温(°C)	具体的な症状・療養状況

※療養していた日について、記入欄が不足する場合はこちらのページを複数枚ご用意いただきご記入ください。

申請時に右記の書類の
いづれかを添付して
ください。

- ☐ 保健所からの療養証明書等(写) ☐ My HER-SYSの療養証明書(写)
☐ 『被保険者氏名』と『陽性』が確認できる検査結果(写)

※必要に応じて、別途書類を求める場合がございます。