

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 ページ

被保険者記入用

傷

被保険者が病気やケガのため仕事に就くことができず、給与が受けられない場合の生活保障として、給付金を受ける場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者(申請者)情報	記号・番号	記号 (左づめ) <input type="text"/>	番号 (左づめ) <input type="text"/>	生年月日	<input type="text"/> 1.昭和 <input type="text"/> 2.平成 <input type="text"/> 3.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	個人番号 (マイナンバー)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	記号・番号をご記入 (印字) された場合は個人番号 (マイナンバー) のご記入は必要ありません。(記入 (印字) された場合は本人確認書類等の添付が必要になります。)
	氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>			
	氏名	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。			※申請者はお勤めされている (いた) 被保険者です。被保険者がお亡くなりになっている場合は、相続人よりご申請ください。
	郵便番号 (ハイフン除く)	<input type="text"/>	電話番号 (左づめハイフン除く)	<input type="text"/>	
住所	都 道 府 県				

振込先指定口座	公金受取口座の利用について	<input type="checkbox"/> 1.希望する <input type="checkbox"/> 2.希望しない	「1」を選択された場合は、事前に登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は <b>不要</b> です。
	公金受取口座の利用について「2.希望しない」を選択された場合は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご記入ください。		
	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協	支店名
預金種別	<input type="checkbox"/> 1 普通預金	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/>

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。  
ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

2 ページ目に続きます。 >>>

社会保険労務士の  
提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者)	<input type="checkbox"/>	1. 記入有 (添付あり) 2. 記入有 (添付なし) 3. 記入無 (添付あり)					
添付書類	職歴	<input type="checkbox"/> 1. 添付 2. 不備	年金	<input type="checkbox"/> 1. 添付 2. 不備	労災	<input type="checkbox"/> 1. 添付 2. 不備	
	戸籍 (法定代理)	<input type="checkbox"/> 1. 添付	口座証明	<input type="checkbox"/> 1. 添付	その他	<input type="checkbox"/> 1. その他 (理由)	
6 0 1 1 1 1 0 3						枚数	<input type="text"/>

受付日付印

(2026.1)





## 健康保険 傷病手当金 支給申請書

療養担当者記入用

記入方法については「記入の手引き」をご確認ください。

患者氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>																								
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。																									
労務不能と認められた期間 (勤務先での従前の労務に服することができない期間をいいます。)	令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	から														
	令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	まで														
傷病名 (労務不能と認められた傷病をご記入ください)						初診日 (療養の給付の開始年月日)	<input type="checkbox"/>	1. 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日								
発病または負傷の原因																									
発病または負傷の年月日	<input type="checkbox"/>	1. 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日		<input type="checkbox"/>	2. 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日		
労務不能と認められた期間に診療した日がありましたか。	<input type="checkbox"/>	1. はい																<input type="checkbox"/>	2. いいえ						
療養期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等																									
上記のとおり相違ないことを証明します。																									
医療機関の所在地																令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
医療機関の名称																									
医師の氏名																									
電話番号																									

6 0 1 4 1 1 0 3

⑤

# 委任状

## (代理人)

社会保険労務士事務所所在地 名古屋市昭和区塩付通3丁目1番地の5  
サンマンション御器所802号

社会保険労務士事務所名称 ごきそ社会保険労務士事務所

社会保険労務士氏名 奈尾 昌幸

電話番号 090-2142-4166 (052-838-6947)

私は上記の者を代理人に選定し、次の事項に関する手続きの権限を委任します。

この委任状をもって、電子申請により以下の届書等を全国健康保険協会へ提出すること。

(届書名)  
傷病手当金支給申請書

令和 年 月 日

## (委任者)

被保険者住所

被保険者氏名

# 委任状

(代理人)

社会保険労務士事務所所在地 \_\_\_\_\_

社会保険労務士事務所名称 \_\_\_\_\_

社会保険労務士氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

私は上記の者を代理人に選定し、次の事項に関する手続の権限を委任します。

この委任状をもって、電子申請により以下の届書等を全国健康保険協会へ提出すること。

(届書名)  
傷病手当金支給申請書

令和 年 月 日

(委任者)

被保険者住所

\_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_