



伺年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	部長	課長
支給額					
支給内訳	日数	日額	課長	課長補佐	係長
	日				
支給期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				
標準報酬月額	(年 月) 千円 (日額 円)	資格 喪	年 月 日 前 年 月 日 前	起算日 年 月 日	終了日 年 月 日

※支給決議書

健康保険 傷病手当金支給申請書(第 回)

◎記入に際しては別紙「傷病手当金記入上の注意」をよく読んで洩れなく記入して下さい。
 ◎「※支給決議書」の欄は記入しないでください。
 ◎添付書類等については別紙に掲載してあります。必ずご確認ください。
 ◎雇用保険受給者は、傷病手当金の支給対象外となります。

① 被保険者証 記号・番号	② 生 年 月 日 昭平令 年 月 日	③ 性 別 男・女	④ 被保険者 (申請者) の氏名	(フリガナ)
⑤ 被保険者 (申請者) の住所	(フリガナ) 〒 電話 ()			
⑥ 事業所 の名称	⑦ 被保険者の 標準報酬月額	千円		
⑧ 被保険者の 資格を取得 した年月日	昭平令 年 月 日	⑨ あなたの していた 仕事の内容	⑩ 傷病名	1) 2) 3)
⑪ 発病の状態または 負傷の原因を詳しく				⑫ 第三者行為によるものですか 0:いいえ・1:はい
⑬ 自宅療養のときは 生活状況を詳しく				
⑭ 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	日間		
⑮ 上記期間に報酬の全部又は一部を受けた とき、又は受けることができるときは、その 報酬の額及びその期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	受けた報酬の額	円
			受ける事ができる報酬の額	円
⑯ 労災保険からの休業補償給付についてご記入ください。 労災保険の休業補償給付を受給していますか。 「請求中」もしくは「はい」の方は、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。 いいえ・請求中・はい 労働基準監督署				
⑰ 障害厚生年金又は障害手当金についてご記入ください。 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか 障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名 基礎年金番号 いいえ・請求中・はい				
⑱ 上の⑰の欄で「はい」の方は、 右欄を記入してください。		年金コード	支給開始年月日	年 金 額
⑲ 資格喪失者及び、任意継続被保険者の方はご記入ください。 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか 基礎年金番号 年金コード又は記号番号もしくは番号 年 金 額 いいえ・請求中・はい				
⑳ 介護保険法のサービスを受けたときはご記入ください。 保 険 者 番 号 被 保 険 者 番 号 保 険 者 名 称				

被保険者(申請者)が記入するところ

※第1回目の請求期間の初日が被保険者資格取得より1年未満の場合は下記の内容にご記入・ご捺印ください※

傷病手当金の支給決定に際し、以前加入していた保険者(健康保険組合等)が東京都報道事業健康保険組合に「健康保険の被保険者期間(任意継続を含む)」「傷病手当金受給履歴」についての情報提供することに同意いたします。
 令和 年 月 日 被保険者氏名 ㊞

以前に勤務 していた 事業所	名称		以前に加入 していた 健康保険	名称	・ () 健康保険組合
	所在地	〒			・ 全国健康保険協会 () 支部
	勤務して いた期間	年 月 日～ 年 月 日			・ () 共済組合
				記号・番号	・ () 市区町村 国民健康保険 ・ () 国民健康保険組合

令和 年 月 日 提出

受付日付印

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

事業主が証明するところ	② 労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間		
	② 報酬の締切日 支払日	(当月・翌月) 日締切	③ 報酬の支払い形態 ア 月給制 イ 日給月給制 ウ 日給制 エ 時間給制 オ その他 ()	④ 賞与等 年 回	
	⑤ うえの期間中の分として支払う報酬関係	⑦ 全額支給した、または支給する場合	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	金 円 (月 日支払)	日額 金 円
		⑧ 一部支給した、または支給する場合	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	金 円 (月 日支払)	日額 金 円
		⑨ 交通費の支払 有 / 無	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	金 円 (月 日支払)	日額 金 円
⑩ 現在までもまた将来も支給しない場合は、その旨					
⑥ 上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日				
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話 () 番					

療養担当者が意見を書くところ	患者氏名			
	傷病名	(1)	⑦ 療養の給付開始年月日 (初診日)	(1) 年 月 日
		(2)		(2) 年 月 日
		(3)		(3) 年 月 日
	発病または負傷の年月日	令和 年 月 日	発病負傷	発病または負傷の原因
	⑧ 労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	療養費用の別 健保 自費 公費 () その他
	⑨ ⑧のうち入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間 入院	転 帰 治ゆ 繰越 中止 転医
	診療実日数	診療日を○で囲んでください	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
			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
⑩ ⑧の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、処方内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)	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				
人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき	人工透析を実施又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	ア. 人工肛門 オ. 人工透析	イ. 人工関節 カ. その他()	ウ. 人工骨頭 エ. 心臓ペースメーカー	
上記のとおり相違ありません。 医療機関所在地 令和 年 月 日 医療機関の名称 医師の氏名 電話 ()				

委任状	本申請書に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。 令和 年 月 日		
	被保険者 (申請者)	住所 氏名	
	代理人 (事業主)	住所 事業所名 氏名	

傷病手当金支給申請書記入上の注意

【被保険者が記入するところ】

1. ②⑧の元号・③⑫の欄は該当するものを○で囲んでください。
2. ⑨の欄は、単に事務職、技術職と記入することなく、「経理担当事務職」「新聞記者」「ディレクター」等具体的に記入してください。
3. ⑪の欄は、日時（いつ、何時頃）、場所（どこで）、何をしていたとき等具体的に記入してください。
なお、傷病の原因が負傷の場合（ねんざ・打撲・擦傷・骨折・打ち身など）は、詳しく記入してください。
4. ⑭の欄の日数（日間）は、両端を入れて計算してください。たとえば、4月5日から4月15日までは、11日間となります。
5. ⑯⑰⑱の欄は、該当するものを○で囲んでください。（下記6・7参照）
6. ⑯の欄で「はい」又は「請求中」に○をつけた方は、請求先の労働基準監督署名を記入してください。
7. ⑰の欄で「はい」又は「請求中」に○をつけた方は、基礎年金番号を記入してください。
また、「はい」の場合は障害厚生年金の年金証書、またはこれに準ずる書類の写し、及び直近に振り込まれた年金振込通知書の写しを必ず添付してください。
8. ⑱の欄で「はい」に○をつけた方のみ、老齢退職年金給付の年金証書または これに準ずる書類に記載されている『年金コード』又は『記号番号』もしくは『番号』を記入してください。また「はい」の場合は、老齢退職年金給付の年金証書、またはこれに準ずる書類の写し、及び直近に振込まれた年金振込通知書の写しを必ず添付してください。
9. 第1回目の請求期間の初日が被保険者資格取得より1年未満の場合は、健康保険法第59条（文書の提出）に基づき、以前加入していた健康保険における被保険者期間及び傷病手当金の支給状況の確認が必要となる場合がありますので、正確にご記入ください。なお、現事業所に勤務される前1年間において、勤務した事業所が複数ある場合は、当健康保険組合給付課までご連絡ください。
※健康保険法第59条は次頁をご参照ください。
10. 給付金の受領方を事業所が届けた人（事業主）に委任し、必ず「委任状」欄に記入してください。
資格喪失者及び任意継続被保険者の方は当健康保険組合給付課までご連絡ください。

【事業主様へのお願い】

1. ④の欄は、7月1日を基準として、前1年間の賞与等の支給実績です。賞与等を4回以上の支払いがある場合は、申請期間と前1年分の賞与等支給分の賃金台帳の写しを添付してください。
2. ⑤の欄の「全額支給」または「一部支給」とは、1日当りの賃金の全部又は一部の意味です。
3. 被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる申請であるときは事業主の証明を要しません。
4. 「初回申請分」には、必ず申請期間とその期間前1ヶ月分の賃金台帳・出勤簿（タイムカード）の写しを添付してください。なお、給与等の支払いがある場合は賃金台帳（写し）の余白欄にその計算式を記入してください。

【療養担当者様へのお願い】

1. 複数の傷病名がある場合、傷病名欄は（1）から主たる病名を順次記入してください。
2. ⑦は同一疾病または因果関係がある疾病についてなるべくその疾病の初診の日を記入してください。
3. ⑧は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を記入してください。なお、証明日以前の期間のみに限ります。
4. ⑩の欄はなるべく詳しく記入してください。

【共通する注意事項】

1. 訂正するときは、訂正箇所を二重線で抹消して正しい内容をご記入ください。
訂正箇所のそばに必ず各記載者の訂正署名をしてください。（訂正印の押印でも可）

「傷病手当金」支給要件について

健康保険では業務中の事故・第三者行為を除いて被保険者が病気やけがのため働くことができず、会社から給料を受けられない場合に『傷病手当金』という給付金支給制度があります。

〔支給を受けられる要件〕

1. 療養のためであること
業務中の事故・第三者行為以外の病気やけがのため療養していること。
2. 仕事につけないこと
病気やけがのため仕事につけないこと。
3. 療養担当医師の労務不能証明に基づき、連続する3日間を含み4日以上休んだとき
療養担当医師の労務不能証明期間内で、3日連続で休んだ場合の4日目から支給されます。
4. 給料が受けられないこと
給料が受けられないとき支給されます。給料が受けられてもその1日額が傷病手当金より少ないときは、その差額が支給されます。

〔支給額〕

休んだ期間も給料が受けられる場合には傷病手当金は支給されませんが、給料が一部受けられる場合でその額が傷病手当の額（標準報酬日額の2/3）より少ないときは、その差額が支給されます。

〔支給期間〕

傷病手当金が支給されるのは、支給開始の日から通算して1年6ヶ月を限度に、医師が労務不能と認め、支給条件を満たした期間です。

〔障害年金・老齢年金等を受けられるときは支給されません〕

厚生年金から障害年金を受けられるようになり、その額が傷病手当金の額より多い場合は、傷病手当金は支給されません。ただし、支給されなかった期間については、支給期間の1年6ヶ月に含みません。障害年金などが傷病手当金の額より少ない場合は、その差額が傷病手当金として支給され、その期間は1年6ヶ月に含みます。

資格喪失後（任意継続被保険者を含む）の継続給付受給者が老齢年金等を受給している場合は、傷病手当金は支給されません。ただし年金等の額が傷病手当金の額を下回るときは、その差額が支給されます。

〔その他〕

1. 資格喪失後（任意継続者被保険者を含む）の継続給付を受ける場合は支給条件が異なりますので強制被保険者資格喪失前（在職中）にご確認ください。
2. 健保で調査・判断した結果、該当にならない場合がありますのでご了承ください。
3. 記入漏れがある場合はご返送し再度ご提出いただくこともありますのでご了承ください。

※〔健康保険法第59条(文書の提出)〕

第五十九条 保険者は、保険給付に関して必要があると認めるときは、保険給付を受ける者（当該保険給付が被扶養者に係るものである場合には、当該被扶養者を含む。第二百十一条において同じ。）に対し、文書その他の物件の提出若しくは提示を命じ、又は当該職員に質問若しくは診断をさせることができる。

ご不明な点は、下記までご連絡ください。

東京都報道事業健康保険組合
給付課

EL 03-6264-0134 (ダイヤル)