

健康保険 傷病手当金 支給申請書【第 回】

被保険者（申請者）情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	歳
	被保険者の （右づめ）	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	氏名	(フリガナ)					
	住所	(〒	-)	都 道	府 県	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()				

「委任状」欄の内容を確認し、チェックを入れて日付を記入のうえ署名してください。

委任状	被保険者 (申請者)	<p>【以下、すべて確認し、チェックを入れてください。また日付を記入のうえ署名してください。】</p> <p><input type="checkbox"/> 当組合Webサイト記載の傷病手当金の関連ページ「病気やけがで仕事を休んだとき（解説・手続き・よくある質問）」の内容を理解しました。</p> <p><input type="checkbox"/> 本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ※退職（予定）者も必ずチェックを入れてください。</p>	<p>当組合Webサイト (傷病手当金に関するページ)</p> 
	氏名	令和 年 月 日	

振込先指定口座	退職（予定）者又は法定相続人の方が申請する場合はご記入ください。						
	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()				<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 <input type="checkbox"/> 4. 通知	口座番号	<input type="text"/>	右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。）					

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

健 保 記 入 欄	資格取得日	年	月	日	資格喪失日	年	月	日
	支給満了日	年	月	日				
	障害厚生年金支給日額	円			老齢厚生年金支給日額	円		
	特記事項							

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

被保険者氏名

申請内容	1) 傷病名	2 発病または負傷年月日	平・令	年	月	日		
	2) 傷病名	平・令	年	月	日			
	3) 傷病名	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。		(発病時の状況)						
<input type="checkbox"/> 1. 病気		2. ケガ → 初回のみ別添の負傷原因届を併せてご提出ください。						
<input type="checkbox"/> 2. ケガ								
4 療養のため休んだ期間(申請期間)		(令和)	年	月	日	から		
						まで	日数	日間
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	初回を申請される場合のみご記入ください。	
	1 ヤマトグループ健康保険組合の加入期間は1年以上ですか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	1 - ① 「いいえ」と答えた場合、ヤマトグループ健康保険組合ご加入前の直近の健康保険組合及び加入期間をご記入ください。	健康保険組合 加入期間 平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで
	1 - ② 1-①で回答した健康保険組合で傷病手当金を受給していた場合、傷病名及び受給期間をご記入ください。	傷病名 受給期間 平・令 年 月 日から 平・令 年 月 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。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ
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)傷病名をご記入ください。	傷病名	
3 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。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 労災請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ	
3 - 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	

「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つ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。
勤務状況を確認するため、勤務時間実績表を添付してください。
賃金を支給している場合、給与明細を添付してください。

事業主記入欄	被保険者氏名																																				
	労務に服さなかつた期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日数	日間																										
	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																							
	令和	年	月度	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日	日
	令和	年	月度	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日	日
	令和	年	月度	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日	日
	上記の期間に対して、賃金を支給しましたか？	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ																																	

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

電話 ()

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

【被保険者の方へ】
お勤め先の事業所に証明を受けてください。

【事業主の方へ】
証明日は、労務に服さなかつた期間以降の日付をご記入ください。

「医師記入用」は4ページに続きます。>>>

療養及び日常生活の状況に関する回答書

傷病手当金支給申請期間中の療養状況及び日常生活状況は、下記のとおりです。

		記入日	令和	年	月	日
所属事業所						
記号番号	—	氏名				
住所	(連絡先電話番号)					

該当箇所に☑、回答は()内に記入。

【療養状況について】

通院方法	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自転車・バイク <input type="checkbox"/> 自動車(運転者は、 <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 他人) <input type="checkbox"/> オンライン
通院回数	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 1週間に()日 <input type="checkbox"/> 1か月に()日 <input type="checkbox"/> その他()
薬の服用	<input type="checkbox"/> 薬を服用している <input type="checkbox"/> 薬は服用していない 薬を服用している場合は薬名を記してください。 ()
療養に関して、主治医から指示又は注意を受けている内容を記してください。 ()	
現在のお体の調子を記してください(自覚症状など)。 ()	

【日常生活状況について】

毎日の過ごし方について教えてください。(複数選択可) <input type="checkbox"/> なにもしていない <input type="checkbox"/> 1日中横になっている <input type="checkbox"/> 1日()時間ほど横になっている <input type="checkbox"/> 読書 <input type="checkbox"/> テレビを見ている <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 散歩をしている(回数は、 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 1週間に()回位) 1回の散歩時間()分 <input type="checkbox"/> 家事をしている(回数は、 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 1週間に()回位) 1回の作業時間()分
上記以外の日常生活での過ごし方について記してください。 ()
いつ頃から仕事に就くことができそうですか。 <input type="checkbox"/> わからない(未定) <input type="checkbox"/> 令和()年()月頃

健康保険 傷病手当金 支給申請書【第 1 回】

お忘れなくご記入ください。

被保険者（申請者）情報	記号	被保険者の (右づめ)	11	123456	生年月日	年	月	日		
					<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	5	5	7	5	45 歳
					<input type="checkbox"/> 平成					
	氏名	(フリガナ)	ケンポ リョウコ	健保 亮子						
住所	(〒 ○○○ - ○○○○)	△△ 都道 △△市△△番△△号 府県 ○ △△△マンション601								
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	070 (0000) 1111								

「委任状」欄の内容を確認し、チェックを入れて日付を記入のうえ署名してください。

委任状	【以下、すべて確認し、チェックを入れてください。また日付を記入のうえ署名してください。】	
	<input checked="" type="checkbox"/> 当組合Webサイト記載の傷病手当金の関連ページ「病気やけがで仕事を休んだとき（解説・手続き・よくある質問）」の内容を理解しました。	
被保険者（申請者）	<input checked="" type="checkbox"/> 本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ※退職（予定）者も必ずチェックを入れてください。	当組合Webサイト (傷病手当金に関するページ)
	氏名 健保 亮子	令和 7 年 9 月 7 日



申請期間以降の日付を記入してください。

振込先指定口座	退職（予定）者又は法定相続人の方が申請する場合はご記入ください。	
	金融機関名称	○○○ 銀行 金庫 信託 農協 漁協 その他 () 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 123456 右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° リョウコ	

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

健保記入欄	資格	健保記入欄 ※被保険者は記入しないでください。	日
	支給		円
	障害		
	特記		

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

被保険者氏名 **健保 亮子**

申請内容	1 傷病名	1) 左手首骨折 2) 3)	2 発病 または 負傷 年月日	平・ 令 7 年 8 月 1 日 平・令 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。	2 1. 病気 2. ケガ	(発病時) ケガの場合、初回のみ負傷原因届をご提出ください。 初回のみ別添の 負傷原因届 を併せてご提出ください。	
	4 療養のための休んだ期間(申請期間)	医師が労務不能と認めた期間と一致させてください。 (令和) 年 月 日 7 8 1 から 7 8 25 まで 日数 25 日間	荷物の仕分け作業	
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	初回を申請される場合のみご記入ください。			
	1 ヤマトグループ健康保険組合の加入期間は1年以上ですか。	2 1. はい 2. いいえ	初回を請求する場合のみ、回答してください。	
	1 - ① 「はい」と答えた場合、ヤマトグループ健康保険組合ご加入前の直近の健康保険組合及び加入期間をご記入ください。	健康保険組合 〇〇健康保険組合 加入期間 平・ 令 5 年 11 月 5 日から 平・ 令 7 年 3 月 31 日まで		
	1 - ② 1-①で回答した健康保険組合で傷病手当金を受給していた場合、傷病名及び受給期間をご記入ください。	傷病名 腰椎椎間板ヘルニア 受給期間 平・ 令 6 年 5 月 1 日から 平・ 令 6 年 8 月 8 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。	1 1. はい 2. 請求中 3. いいえ	1 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)傷病名をご記入ください。	傷病名 〇〇〇〇			
3 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		
3 - 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			

「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。

勤務状況を確認するため、勤務時間実績表を添付してください。

賃金を支給している場合、給与明細を添付してください。

事業主記入欄

被保険者氏名

労務に服さな

令和

年

月

日から令和

年

月

日まで

日数

日間

有給

日

日

日

事業主記入欄

※被保険者は記入しないでください。

電話

()

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

【被保険者の方へ】

お勤め先の事業所に証明を受けてください。

【事業主の方へ】

証明日は、労務に服さなかった期間以降の日付をご記入ください。

「医師記入用」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

医師記入用

記入内容を訂正する場合は、訂正箇所には訂正印または訂正署名が必要です。

療養を担当した医師の記入欄

患者氏名	(男・女)	(歳)
傷病名	(1)	療養の給付開始年月日(初診日)
	(2)	
	(3)	

発病または発症年月日 □ 発病 □ 発症

療養担当者(医師)記入欄
※被保険者は記入しないでください。
※療養担当者(医師)に記入を依頼してください。

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名

電話

()

【被保険者の方へ】

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】

- ①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。
- ②左の傷病名について、その傷病の初診日をご記入ください。
- ③労務不能と認められた期間について、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、**証明日より前の期間**をご記入ください。
- ④症状の変化に伴う労務不能状態を明らかにするため、数ヵ月分をまとめることなく1ヵ月単位でご記入ください。



各項目必ず記入してください。

※回答できない場合、「不明」と記入してください。

※空欄が多い場合、療養状況の確認が難しくなるため、審査が大幅に遅れる可能性があります。

※傷病手当金申請期間中の日常生活や療養状況について、ご回答ください。

の都度提出

		記入日	令和 7 年 9 月 7 日
所属事業所	黒猫センター		
記号番号	11 - 123456	氏名	健保 亮子
住所	△△県△△市△△番△△号△△△マンション601 (連絡先電話番号) 070-0000-1111		

該当箇所に☑、回答は () 内に記入。

【療養状況について】

通院方法	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input checked="" type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自転車・バイク <input type="checkbox"/> 自動車(運転者は、 <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 他人) <input type="checkbox"/> オンライン
通院回数	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 1週間に () 日 <input checked="" type="checkbox"/> 1か月に (2) 日 <input type="checkbox"/> その他 ()
薬の服用	<input checked="" type="checkbox"/> 薬を服用している <input type="checkbox"/> 薬は服用していない 薬を服用している場合は薬名を記してください。 (○○○○、△△△△)
療養に関して、主治医から指示又は注意を受けている内容を記してください。 (薬の飲み忘れには気をつけること)	
現在のお体の調子を記してください(自覚症状など)。 (患部の痛みが時々ある)	

【日常生活状況について】

毎日の過ごし方について教えてください。(複数選択可)
<input type="checkbox"/> なにもしていない <input type="checkbox"/> 1日中横になっている <input type="checkbox"/> 1日 (3) 時間ほど横になっている <input type="checkbox"/> 読書 <input type="checkbox"/> テレビを見ている <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 散歩をしている(回数は、 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 1週間に () 回位) 1回の散歩時間 () 分 <input checked="" type="checkbox"/> 家事をしている(回数は、 <input type="checkbox"/> 毎日 <input checked="" type="checkbox"/> 1週間に (2) 回位) 1回の作業時間 (20) 分
上記以外の日常生活での過ごし方について記してください。 (特になし)
いつ頃から仕事に就くことができそうですか。 <input type="checkbox"/> わからない(未定) <input checked="" type="checkbox"/> 令和 (7) 年 (12) 月頃