

## 健康保険 傷病手当金 支給申請書

豊田合成  
以外の事業所

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

(傷病手当金 ・ 傷病手当金付加金 ・ 延長傷病手当金付加金)

- ・ 傷病手当金の支給は、被保険者が療養（病気やケガの手当をし、からだを休めて健康の回復をはかること）のために休み、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を目的としています。  
別紙、注意事項の「申請条件」をご確認のうえ、申請してください。
- ・ 申請期間は、基本的に1ヶ月単位で申請するようお願いします。（**長くても3ヶ月を超えないように申請してください。**）

提出日 令和 7年 8月 1日

|                  |                                                |                         |                                                                     |                                                                                                      |                      |       |
|------------------|------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|
| 被保険者（申請者）<br>情報  | 記号                                             | 番号                      | ← 記号・番号を必ず記入してください                                                  |                                                                                                      |                      |       |
|                  | 被保険者等<br>記号・番号                                 | 1 0 9 9 9 9 9           | 【記号・番号の確認方法】<br>①資格確認書、資格情報のお知らせ<br>②健康保険組合ホームページのマイページ<br>③マイナポータル |                                                                                                      |                      |       |
|                  | 事業所名<br>(会社名)                                  | 〇〇〇〇株式会社                | 所属                                                                  | 〇〇〇〇<br>室・課                                                                                          | 勤続年数                 | 1 6 年 |
|                  | 氏名                                             | (フリガナ) ケンポ タロウ<br>健保 太郎 | 生年月日                                                                | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input checked="" type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日<br>0 2 1 0 1 0 |       |
| 住所               | (〒492-8153)<br>愛知 都 道 稲沢市井之口町中四反畑4500番地<br>府 県 |                         |                                                                     |                                                                                                      |                      |       |
| 電話番号<br>(日中の連絡先) | 自宅                                             | 0 5 8 7 ( 2 3 ) 6 6 6 1 | 携帯                                                                  | 090 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇                                                                                     |                      |       |

|    |        |                                                                                                                                       |             |
|----|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 照会 | 照会等の同意 | 私は、本手当の支給に際し、貴保険組合が必要に応じ、担当医、事業主、年金事務所、又は他の関係する保険者等に必要な情報を提示すること及び照会することに同意します。また、関係機関が上記照会の回答することに同意いたします。また、この請求書の写しも有効であることに同意します。 | 氏名<br>健保 太郎 |
|----|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|

|                     |                          |                                                                      |                                   |
|---------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 振込先指定口座<br>(被保険者名義) | 金融機関<br>名称<br>(ゆうちょ銀行以外) | 三菱UFJ 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )                                         | 名古屋営業部 本店 支店 出張所 本所 支所            |
|                     | 預金種別                     | 1 1. 普通 2. 当座 3. その他 ( )                                             | 口座番号 8 8 8 8 8 8 8 8 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字として左づめでご記入ください。)<br>ケンポ タロウ |                                   |

提出ルート

豊田合成  
以外の  
事業所

被保険者〈申請者〉⇒ 医療機関（医師の証明）⇒ 被保険者  
⇒ 事業所担当者〈事業主証明（上司、会社コメント欄・勤務状況等）〉  
⇒ 健保組合

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

|    |    |    |
|----|----|----|
| 受付 | 入力 | 支払 |
|----|----|----|

1/5

## 健康保険 傷病手当金 支給申請書

豊田合成  
以外の事業所

1

2

3

4

(傷病手当金 ・ 傷病手当金付加金 ・ 延長傷病手当金付加金)

被保険者（申請者）記入用

|                                            |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                           |                                                 |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 申請内容                                       | 1 傷病名                                                                                                           | 1) 尿管結石<br>2)<br>3)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2 発病<br>または<br>負傷<br>年月日                  | 平成 令和 7 年 5 月 8 日<br>平成・令和 年 月 日<br>平成・令和 年 月 日 |
|                                            | 3 該当の傷病の発病、<br>または、負傷原因<br>(1回目の請求時のみ記入)                                                                        | [いつ(頃)、どこで、何をしていた、どこが(部位)、どのようになったか等詳しく記入]<br><br>早朝 目が覚め、起き上がろうとしたところ、<br>激しい腹痛と腰痛があり、病院受診したところ、<br>尿管結石と診断された                                                                                                                                                                                                                                                         |                                           |                                                 |
|                                            | 4 申請可否の確認                                                                                                       | 4-① 業務上の傷病・通勤災害によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ<br>4-② 第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ<br>4-③ 自己の故意によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ<br>4-④ ケンカ、泥酔によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ |                                           |                                                 |
| 5 療養のため休んだ期間(申請期間)                         | <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和<br>平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 年 月 日<br>0 7 0 5 0 8 から<br>0 7 0 5 2 0 まで | 日数<br>18 日間                                     |
| 6 あなたの仕事の内容(具体的に)<br>(退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容) | ○○○○                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                           |                                                 |

|                                                                  |                                                                                    |                              |                       |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------|
| 確認事項                                                             | 1 過去に同じ傷病名での傷病手当金受給を受けましたか。                                                        | 2 1. はい 2. いいえ               | 年 月頃 約 年 ヶ月間          |
|                                                                  | 2 上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に<br>報酬を受けましたか。 または今後受けられますか。                                 | 2 1. はい 2. いいえ               |                       |
|                                                                  | 2-① 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、<br>その報酬支払の基礎となった(なる)期間を<br>ご記入ください。                        | H・R 年 月 日 から<br>H・R 年 月 日 まで | 報酬額<br>円              |
|                                                                  | 3 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。<br>受給している場合、どちらを受給していますか。                           | 3 1. はい 2. 請求中 3. いいえ        | 1. 障害厚生年金<br>2. 障害手当金 |
| 3-① 「はい」または「請求中」と答えた場合、<br>受給の要因となった(なる)傷病名<br>及び基礎年金番号をご記入ください。 | 傷病名<br>基礎年金番号<br>年金コード<br>支給開始年月日 昭和 平成 令和 年 月 日 年金額 円                             |                              |                       |
| 4 右記事項を確認の上、<br>提出ください。                                          | 4-① 被保険者記入欄・医師の意見書ともに全てモレなくボールペンで記入してありますか。 <input checked="" type="checkbox"/> はい |                              |                       |

「医療機関記入用」は3ページに続きます。&gt;&gt;&gt;

## 健康保険 傷病手当金 支給申請書

豊田合成  
以外の事業所

1 2 3 4

医療機関記入用

(傷病手当金 ・ 傷病手当金付加金 ・ 延長傷病手当金付加金)

医療機関（医師）が証明するところ

患者氏名

傷病

日  
日  
日1  
1  
1

この欄は、医療機関（医師）に  
証明を受けてください

上記

医療機関

医療機関の名称

医師の氏名

電話 ( )

## 記入例

|                                                                                                                                                                                                      |                         |                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------|
| 1                                                                                                                                                                                                    | 患者氏名                    | 合成 太郎                                                |
| 2                                                                                                                                                                                                    | 傷病名                     | (1) 鎖骨骨折                                             |
| 3                                                                                                                                                                                                    | 療養の給付<br>開始年月日<br>(初診日) | (1) 平成 25 年 4 月 22 日<br>(2) 平成 年 月 日<br>(3) 平成 年 月 日 |
| 4                                                                                                                                                                                                    | 療養または<br>療養の給付<br>期間    | 平成 26 年 4 月 22 日 から 平成 26 年 5 月 12 日まで               |
| 5                                                                                                                                                                                                    | 診療日数                    | 5 日                                                  |
| 6                                                                                                                                                                                                    | 療養費<br>の給付<br>期間        | 平成 25 年 5 月 22 日 から 平成 25 年 5 月 22 日まで               |
| 5 上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導、等（詳しく）」<br>鎖骨を骨折し、4/22初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。<br>固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。<br>症状経過からみて従来の職種について労働不能と認められた医学的な所見<br>骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後もリハビリが必要であったため、<br>労務不能と判断した。 |                         |                                                      |
| 人工透析を実施<br>または人工臓器<br>を装着したとき                                                                                                                                                                        |                         |                                                      |
| 人工透析の実施または<br>人工臓器を装着した日                                                                                                                                                                             |                         |                                                      |
| 平成 25 年 5 月 22 日                                                                                                                                                                                     |                         |                                                      |
| 上記のとおり相違ありません。                                                                                                                                                                                       |                         |                                                      |
| 医療機関の所在地                                                                                                                                                                                             |                         |                                                      |
| 東京都品川区△△ 1-1                                                                                                                                                                                         |                         |                                                      |
| 医療機関の名称                                                                                                                                                                                              |                         |                                                      |
| 〇〇総合病院                                                                                                                                                                                               |                         |                                                      |
| 医師の氏名                                                                                                                                                                                                |                         |                                                      |
| 保険 五郎                                                                                                                                                                                                |                         |                                                      |
| 電話 03 (△△△△) △△△△                                                                                                                                                                                    |                         |                                                      |

## 【被保険者の方へ】

- 1 医療機関（医師等）の意見を受けてください。

## 【医療機関の方へ】

- 2 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。
- 3 左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください。
- 4 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。また証明日以前の期間をご記入ください。
- 5 症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。
- 6 ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

「事業主記入用」は4ページに続きます。〉〉〉

## 健康保険 傷病手当金 支給申請書

豊田合成  
以外の事業所

1

2

3

4

(傷病手当金 ・ 傷病手当金付加金 ・ 延長傷病手当金付加金)

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。

事業主が証明するところ

被保険者氏名

上司、会社のコメント（労務管理者として現状の状態と判断[症状・リハビリ・終了見込み等]）

この欄は、上司、会社のコメントを必ず記入  
してもらってください。  
記入した方の氏名もご記入してください。

(記入者の役職：

氏名：

)

勤務状況 【出勤】 【支給】 【休業】 【休職】 【退職】 【その他】

平成

30 31

平成

31

平

31

出

上記  
しま☐☐☐☐☐

上

事業

この欄は、事業主証明を受けてください。

豊田合成以外の事業所の方（記号 1 0 以外の方）



各事業所の総括部門（人事・総務など）

※勤務状況・賃金支給状況の記入担当者氏名を必ずご記入ください。

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

## 療養・日常生活状況の報告書 兼 同意書

※該当する項目に○もしくは記入してください。（複数回答可）

※虚偽申告の場合、健康保険法第120条により傷病手当金の支給ができません。

虚偽申告が後日判明した場合、既に支給済の給付分について返還請求させていただく場合があります。

|                                           |                                                                                                                                                                                        |      |                                                                 |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------|
| 被保険者等 記号・番号                               | 10 - 99999                                                                                                                                                                             | 生年月日 | 昭和・平成 2年 10月 10日                                                |
| 被保険者氏名                                    | 健 保 太 朗                                                                                                                                                                                |      |                                                                 |
| 傷病手当金請求期間                                 | 令和 7 年 5 月 8 日 ~ 令和 7 年 5 月 20 日                                                                                                                                                       |      |                                                                 |
| 【請求期間中の療養について】                            |                                                                                                                                                                                        |      |                                                                 |
| 医師のかかり方<br>※該当するものに○をつけて<br>必要事項を記入してください | 1.完治したので受診していない<br>2.入院中<br>③ 1ヶ月に（ 2 ）回受診している<br>4.（ ）ヶ月に（ ）回受診している                                                                                                                   |      | ・徒歩 ・バス ・電車<br>・タクシー ・自転車<br>・車（自分で運転）<br>・家族等の運転に同乗<br>・その他（ ） |
| 受診日について                                   | ① 医師に指示された日に行く 2.自分の都合の良い日に行く<br>3.薬がなくなったら行く 4.その他（ ）                                                                                                                                 |      |                                                                 |
| 治療内容                                      | 1.診察のみ ② 診察と投薬 3.投薬のみ 4.その他（ ）                                                                                                                                                         |      |                                                                 |
| 症状の経過について                                 | ① 良くなっている 2.あまり変わらない 3.悪くなっている<br>4.その他（ ）                                                                                                                                             |      |                                                                 |
| 症状について医師に<br>相談しましたか                      | 1.相談した（医師の指導内容は： ）<br>② 相談していない                                                                                                                                                        |      |                                                                 |
| 【請求期間中の就労について】                            |                                                                                                                                                                                        |      |                                                                 |
| 就労についての<br>医師からの指導内容                      | 1.継続して就労は無理である<br>② 症状は改善しているが、しばらく就労できない<br>3.（ ）月（ ）日頃から就労可能である<br>4.現時点で就労可能（□軽作業なら可能 □短時間なら就労可能 □就労に問題ない）                                                                          |      |                                                                 |
| 就労していない<br>主な理由                           | ① 医師から働くことを止められている 2.体力に自信がない 3.働く意欲がない<br>4.働きたいが、適切な職場がない 5.その他（ ）                                                                                                                   |      |                                                                 |
| 【請求期間中の日常生活について】                          |                                                                                                                                                                                        |      |                                                                 |
| 毎日の生活状況に<br>ついて                           | 1.仕事・アルバイトをしている(医師の意見に基づき実施している・していない)<br>2.普通の日常生活ができています<br>③ ほとんど家の中にいるが、ときどき散歩で外出する<br>4.身の回りのことはできるが、一日中家にいる<br>5.身の回りのことはろうじてできるが、ほとんど寝ている<br>6.身の回りのことができず、介助が必要な状態<br>7.その他（ ） |      |                                                                 |
| 【その他】                                     |                                                                                                                                                                                        |      |                                                                 |
| 老齢年金について                                  | 1.受けている 2.請求する予定 ③ 受けていない 4.請求する予定はない                                                                                                                                                  |      |                                                                 |
| 障害年金について                                  | 1.受けている 2.請求する予定 ③ 受けていない 4.請求する予定はない                                                                                                                                                  |      |                                                                 |
| 雇用保険（失業保険）<br>について<br>※資格喪失者のみ記入          | 1.受給手続き中である 2.手続きは何もしていない<br>3.給付を受けた（ 年 月 日 ~ 年 月 日）<br>4.受給期間延長の申請をした（申請日： 年 月 日）<br>5.その他（ ）                                                                                        |      |                                                                 |

## 同意書

私は、貴組合が傷病手当金の支給について関係諸機関に照会することに同意いたします。  
 また、関係諸機関が内容照会の回答をすることに同意いたします。

令和 7 年 8 月 1 日

被保険者氏名： 健保 太郎