

記入例

健康保険傷病手当金同付加金支給申請書

健康保険 傷病手当金同付加金支給申請書 (第 回)

① 被保険者等記号・番号は、
② 資格情報のお知らせ、
③ 資格確認書のいずれか
でご確認ください。

② “はい”の場合は、労災保
険に該当かどうか、会社
を通してご確認ください。

③ 療養担当者の意見を
記入する欄の
“33欄労務不能と認めた
期間”と同じ期間を
ご記入ください。

④ 退職後の申請の場合、
ご記入ください。

記入方法および添付書類については、「記入上の注意事項」・「添付書類」をご覧ください。

① 被保険者証の ② 番号	123 45	③ 被保険者 (申請者)の 氏名	ケンコウ タロウ 健康 太郎
④ 被保険者 (申請者)の 生年月日	昭和 10 年 8 月 31 日	⑤ 被保険者 (申請者)の 現住所	名古屋市中区△△1-1 □□□マンション101
⑥ 被保険者 (申請者)の 勤務する 事業所の名称	□□□株式会社	⑦ 仕事の内容 (具体的な職種)	営業
⑧ 傷病名	1 鎖骨骨折	⑨ 発病又は 負傷の年月日	R4 年 5 月 20 日
⑩ 原因は仕事上 によるものですか。	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	⑪ 第三者行為に よるものですか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>
⑫ 発病の状態または 負傷の原因を詳しく	左肩部強打		
⑬ ⑩は負傷の療養を め休んだ期間 (申請期間)	R4 年 5 月 20 日 から R4 年 6 月 21 日 まで 31 日間		
⑭ ⑬の期間の分の報酬を受けましたか。	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>		
⑮ ⑭欄で「はい」の場合記入してください。 受けた報酬は事業主証明欄に記入 されている内容のとおりですか。	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>		
⑯ 障害厚生年金または障害 手当金を受給していますか。	はい (年 月 日から受給) <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> 請求中 (年 月 日請求) <input type="radio"/>		
⑰ ⑯にされた方で、引き続き傷病手当 を受給する場合、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。	はい (年 月 日から受給) <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> 請求中 (年 月 日請求) <input type="radio"/>		
⑱ ⑯欄または⑰欄で 「はい」の場合記入して ください。	⑲ 種類	⑲ 基礎年金番号	⑲ 年金コード
⑳ 労災保険から休業補償給付を 受けていますか。(又は、過去に 受けたことがありますか。)	はい <input type="radio"/> 労災請求中 (年 月 日請求) <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>		
㉑ ㉑欄で「はい・労災請求中」 の場合記入してください。	支給元 (請求先) の労働基準監督署 労働基準監督署		
確認欄	この届出については、㉒又は㉓の要件を満たしたものである。		
<input checked="" type="checkbox"/>	㉒ 申請者本人(被保険者)が作成したものである。		
<input type="checkbox"/>	㉓ 記載内容については誤りが無いが申請者本人が確認している。		
次ページに委任状欄・負傷原因記入欄があります。			
名古屋健康保険組合 R5.2			

1 被保険者等記号・番号は、
①マイナポータル、
②資格情報のお知らせ、
③資格確認書のいずれか
でご確認ください。

2 “はい”の場合は、労災保
険に該当かどうか、会社
を通してご確認ください。

3 療養担当者の意見を
記入する欄の
“33欄労務不能と認めた
期間”と同じ期間を
ご記入ください。

4 退職後の申請の場合、
ご記入ください。

■提出・お問い合わせ先

〒460-0002 名古屋市中区丸の内3丁目1-35

名古屋薬業健康保険組合 業務課

TEL: 052-211-2439

HP: <https://www.meiyaku-kenpo.or.jp/>

健康保険 傷病手当金同付加金支給申請書

本申請書に基づき給付金に関する受領を代理人に委任します。
R4 年 7 月 20日

受取代理人の欄

① 被保険者(申請者)の氏名 健康 太郎

② 代理人の氏名 健康 一

③ 事業所名称 □□□株式会社 内

④ 氏名 健康 一

6

傷原因記入欄

傷病名が外傷性のもの(骨折・損傷など)、腰部・頸椎疾患である場合は、記入または該当するものに○を打ってください。
※初回申請時のみ記入してください。

対象者	健康 太郎	傷病名	鎖骨骨折
1 負傷した日時はいつですか。	令和4年5月20日 (木曜日) <input checked="" type="radio"/> 午前 午後 6 時 00 分頃		
2 負傷した時間帯は次のうちどれですか。	<input checked="" type="radio"/> 出勤時 通勤途中(出勤時・帰宅時)・勤務中・出張中・休憩中・帰宅後 休日(定休日・有給休暇など)・その他()		
3 負傷した場所はどこですか。	会社内・工場内・道路上・営業先 <input checked="" type="radio"/> 自宅 ()		
4 負傷した状況(原因)を具体的に記入してください。	自宅で朝起床し、2階の寝室から1階のリビングへ階段で降りようとした際に足を滑らせて負傷した。		
5 第三者の行為による負傷ですか。	<input checked="" type="radio"/> いいえ (相手のいる負傷の場合は別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。)		
6 現在も治療を受けられていますか。	<input checked="" type="radio"/> はい (「はい」の場合 年 月 治療終了)		

5

会社(事業主)ご記入欄

6

傷病名が外傷性のもの(骨折・損傷など)、腰部や頸椎疾患である場合は必ずご記入ください。
※初回申請時のみ記入してください。

社会保険労務士の提出代行者

次ページに事業主証明書・療養担当医師の意見欄があります。

- 添付書類は申請書の裏面に記載があります。申請時には必ずご確認ください。
- 字句を訂正する場合は誤った字句を二重線で抹消し、正しい字句を記入してください。
- 事業主(会社)を通して組合までご提出ください。
- 事業主(会社)経由でのお振込みとなります。

■ 提出・お問い合わせ先

〒460-0002 名古屋市中区丸の内3丁目1-35

名古屋薬業健康保険組合 業務課

TEL: 052-211-2439

HP: <https://www.meiyaku-kenpo.or.jp/>

記入例

健康保険傷病手当金同付加金支給申請書

7 労務に服さなかった期間

R4年5月20日から	R4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
R4年6月21日まで	R4年6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
33日間	R4年7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

8 労務に服さなかった期間

項目	5/11~6/10	6/11~7/10
基本給	200,000	200,000
通勤手当	30,000	30,000
欠勤控除	161,000	161,000
合計	230,000	69,000

賃金支払方法(欠勤控除・計算方法等)について記入してください。
 5/11~6/10、6/11~7/10
 6日間出勤、所定日数20日
 基本給+通勤費=230,000
 $230,000 \div 20 \times 6日 = 69,000$
 欠勤控除
 $230,000 - 69,000 = 161,000$

給料の種類 月給 日給 月給・日給・時間給 専科手当 毎月10日 当月15日払
 役員報酬・その他

上記のとおり相違ないことを証明します。
 令和4年7月19日
 名古屋市中区●●-1
 株式会社
 健康
 TEL(052) 211-2439

9 患部

患部名	健康 太郎
傷病名	鎖骨骨折
発病又は負傷の年月日	R4年5月20日
初診日	R4年5月20日
発病又は負傷の原因	転倒
労務不能と認められた期間	R4年5月20日から R4年6月21日まで 33日間
診療実日数	6日間
期間のうち入院期間	
入院費用の別	健保・公費 自費・その他
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、療養指導等を詳しく)	鎖骨を骨折し鎖骨バンドで鎖骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。 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所見 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労務不能と判断した。
人工臓器等を装着(実施)した場合、人工臓器等の種類と装着(実施)日	
人工透析を開始	HI 人口透析又は尿毒症治療を施工
人工骨髄又は人工関節を挿入置換	HI 心臓ペースメーカー、人工弁を装着
人工虹膜を造設	HI その他()
上記のとおり相違ありません。	
愛知県名古屋市中区●●●●1-1 R4年7月18日	住所(所在地) 名薬総合病院 医師 保険 太郎 TEL(012) 345-6789

7 会社(事業主)ご記入欄

8 労務に服さ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。
 ※記入欄が不足する場合は、証明欄をもう1枚用意し、それぞれに記入してください。
 ※資格喪失日以降の期間については、証明の必要はありません。

9 療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

■申請期間を含む給与計算期間の締め切り日または、支払日が過ぎた後にご提出ください。
 (例: 傷病手当金申請期間: 5/21~6/21、給与締め切り日は10日の当月15日払い ⇒ 7/10以降に健保へご提出)

■提出・お問い合わせ先
 〒460-0002 名古屋市中区丸の内3丁目1-35 名古屋薬業健康保険組合 業務課
 TEL: 052-211-2439 HP: <https://www.meiyaku-kenpo.or.jp/>

記入例

健康保険傷病手当金同付加金支給申請書

(退職後に引き続き傷病手当金を申請する場合)

健康保険 傷病手当金同付加金支給申請書 (第6回目)

① 被保険者証の ④ 番号	123 45	② 被保険者 伊藤君の 氏名	ケンコウ タロウ 健康 太郎
③ 被保険者(申請者) の現住所	123-0000 名古屋市中区△△△1-1 □□□マンション101	⑤ 生年月日	昭和・平成・令和 4年8月31日
⑥ 被保険者が勤務する していた事業所の名称	□□□株式会社	⑦ 仕事の内容 (具体的な職種)	営業
⑧ 傷病名	1 鎖骨骨折	⑨ 発病又は 負傷の年月日	R4年5月20日
⑩ 発病又は負傷の原因を詳しく 記入してください。	左肩部強打	⑪ 発病又は負傷の原因は ⑫ 第三者行為によるものですか。	はい ⑬ いいえ
⑭ 傷病の療養を するための休んだ期間 (申請期間)	R4年5月20日から R4年6月21日まで 31 日間	⑮ ⑯の期間の分の報酬を受けましたか。	はい ⑰ いいえ
⑰ ⑱の期間で「はい」の場合記入してください。 受けた報酬は事業主証明欄に記入 されている内容のとおりですか。		⑲ 障害厚生年金または障害 年金を受給していますか。	はい (年月日から受給) ⑳ いいえ 請求中(年月日請求)
⑳ 安否喪失された方で、引き続き傷病手当 金を申請する場合、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。		㉑ ⑳欄または㉒欄で 「はい」の場合記入して ください。	はい (年月日から受給) ㉓ いいえ 請求中(年月日請求)
㉔ 労災保険から休業補償給付を 受けていますか。(又は、過去に 受けたことがありますか。)		㉕ ⑳欄で「はい・請求中」 の場合記入してください。	はい・労災請求中(年月日請求) ㉖ いいえ
㉗ 支給元(請求先)の労働基準監督署		⑳ 提出日	R4年7月20日提出
㉘ 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ㉙ 記載内容については誤りがないが申請者本人が確認している。		受付日付印	

次ページに委任状欄・負傷原因記入欄があります。

名古屋業健康保険組合 R5.2

1 被保険者等記号・番号は、
①マイナポータル、
②資格情報のお知らせ、
③資格確認書のいずれか
でご確認ください。
※退職後の申請の場合
は、在職中の記号番号を
ご記入ください。

2 仕事上によるものの場合
は、労働災害に該当する
可能性があります。
傷病手当金の申請の前に
労働災害に該当するかも
在職中の会社様を通してご
確認ください。

3 療養担当者の意見を
記入する欄の
“33欄労務不能と認めた
期間”と同じ期間を
ご記入ください。

4 記入漏れが
多くございます。
必ずご選択・ご記入
ください。

■提出・お問い合わせ先

〒460-0002 名古屋市中区丸の内3丁目1-35
TEL:052-211-2439

名古屋業健康保険組合 業務課
HP:https://www.meiyaku-kenpo.or.jp/

健康保険 傷病手当金同付加金支給申請書

⑤ 申請書に基づき給付金に関する受領を代理人に委任します。
年 月 日

代理人の欄	⑥ 被保険者(申請者)の氏名		
	⑦ 事業所名称	内	
	代理人の	⑧ 氏名	

④ 負傷原因記入欄
傷病名が外傷性のも(骨折・損傷など)、腰部・頸椎疾患である場合は、記入または該当するものに○を打ってください。
※初回申請時のみ記入してください。

対象者	傷病名

被保険者が記入するところ

- 負傷した日時はいつですか。
年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃
- 負傷した時間帯は次のうちどれですか。
出勤前・通勤途中(出勤時・帰宅時)・勤務中・出張中・休憩中・帰宅後
休日(定休日・有給休暇 など)・その他()
- 負傷した場所はどこですか。
会社内・工場内・道路上・営業先・自宅・その他()
- 負傷した状況(原因)を具体的に記入してください。
- 第三者の行為による負傷ですか。
はい・いいえ(相手のいる負傷の場合は別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。)
- 現在も治療を受けられていますか。
はい・いいえ(「いいえ」の場合 年 月 治療終了)

※医療機関の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です。
【マイナンバーにより申請する場合は、本人番号確認、本人確認をするための書類を併付の上、この裏に転載してください。】

社会保険労務士の提出代行者

次ページに事業主証明書・療養担当医師の意見欄があります。

5

空欄としてください。

■提出・お問い合わせ先

〒460-0002 名古屋市中区丸の内3丁目1-35

名古屋薬業健康保険組合 業務課

TEL:052-211-2439

HP:<https://www.meiyaku-kenpo.or.jp/>

