

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記号 1111	番号 1234567	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。
	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	マイナンバー、 資格情報のお知らせ、 資格確認書等に 記載されています。	
	住所	(〒 123 - 4567) 東京都〇〇区□□1-2-3		
	電話番号 (日中の連絡先)	× × × - × × × - × × ×		

委 任 状	この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。	2026 年 4 月 25 日
	※ 社員の方は給与との振込手続きを事業主に依頼するため、必ずご記入ください。 ※ 任意継続被保険者の方は、記入は不要です。	被保険者氏名 自署してください 健保 太郎

退 職 者	退職者・退職予定者の方は、振込先を記入してください。			
	金融機関名称	ご退職後、任意継続に加入されない場合は、 口座情報を記入してください。		☐ 農協 ☐ その他 () ☐ 本店 ☐ 支店 ☐ 出張所
	預金種別	普通	銀行コード	支店コード
	口座番号 (左づめ)	口座名義 (カタカナ)		

申 請 内 容	1. 該当の傷病は病気(疾病)ですか ケガ(負傷)ですか	☐ 1. 病気 ☒ 2. ケガ (発生時の状況) 原因が不明な場合は「不明」と記入。 自宅の階段で転落した。 * ケガの場合は、発症に至る原因をできるだけ詳しく記入ください。
	2. あなたの仕事内容(具体的に) (退職後の申請の場合は退職前の仕事内容)	経理事務

確 認 事 項	1. 「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. はい ☐ 2. 請求中 ☒ 3. いいえ	☐ 1. 障害厚生年金 ☐ 2. 障害手当金	
	1-①「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)傷病名及び基礎年金番号を ご記入ください。	傷病名		
	「請求中」と答えた場合は、 傷病名・基礎年金番号をご記入ください。	基礎年金 番号	年金 コード	
		支給開始 年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	年金額 円
	2. (健康保険の資格を喪失した方・任意継続被保険者はご記入ください) 老齢または退職を事由とする公的年金を 受給している場合、その名称をご記入ください。	☐ 1. はい		
	2-①「はい」または「請求中」と答えた場合、 基礎年金番号をご記入ください。	年月日	年 月 日	年金額 円
「請求中」と答えた場合は、 基礎年金番号をご記入ください。				
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	☐ 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			

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

受付日付印

記入例

傷病手当金（傷病手当金付加金・延長傷病手当金付加金）支給申請書

【注意事項】

初回（1回目）の請求は「医師が労務不能と認めた最初の月（公休日・年休取得日も含む）から「その月の末日まで」、または「翌月の末日まで」の期間について、医師から証明をもらってください。

また、2回目以降の請求は請求書1枚に対して、1ヶ月（1日～末日）単位で医師に証明をもらってください。

療養担当者
記入用

患者氏名	健保 太郎		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。	
傷病名	1) 鎖骨骨折	療養の給付開始年月日(初診日)	1) 2026 年 3 月 3 日	
	2)		2) 年 月 日	
	3)		3) 年 月 日	
発病または負傷の年月日	年 月 日	発病または負傷の原因	左肩部強打	
労務不能と認めた期間 ※連続した期間でない場合は、() 内に各日付を記入ください	2026 年 3 月 3 日 から 2026 年 3 月 31 日 まで 29 日間 ※ ()			
うち入院期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間	療養費用の別	☒ 健保 ☐ 公費 () ☐ 自費 ☐ その他	
診療実日数	計 5 日	療養費用の別	☒ 治療 ☐ 中止 ☐ 転帰 ☐ 繰越 ☐ 転医	
診療日に○をつけてください。	年 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		
	R8 3			
	年 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		
	年 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		
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）			手術年月日	年 月 日
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。			年月日	年 月 日
鎖骨を骨折し、3/3初診。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な所見				
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。				
上記のとおり相違ありません。			2026 年 3 月 31 日	
医療機関の所在地： 東京都〇〇区〇〇1-1-1			労務不能と認めた期間の最終日以降の日付であることをご確認ください。 ※労務不能と認めた期間の最終日が2026年3月31日のため、医療機関証明日は2026年3月31日以降の日付となります。	
医療機関の名称： 〇〇総合病院				
医師の氏名： 保険 五郎 電話				

【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。

勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名		健保 太郎																																		
勤務状況																																	出勤 日数	有給 日数		
出勤=○ 有給=△ 公休=公 欠勤=欠	年	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			
	R8	3	公	○	△	△	△	欠	公	公	欠	欠	欠	欠	欠	公	公	欠	欠	欠	欠	公	公	公	欠	欠	欠	欠	欠	公	公	欠	欠	1	3	
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（賃金計算の締日の翌日から締日の期間）の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は欠で表示してください。																																	出勤（一部出勤含む）=○ 有給（半休含む）=△ 一部勤務・半日有給の場合は備考欄に詳細を記載してください。 （午前勤務・午後欠勤等）			
上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？		☒ はい ☐ いいえ		給与の種類		☒ 日給月給 ☐ 日給 ☐ その他（ ）																														
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。																																	給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。			
申請内容 支給した（する）賃金内訳	区分 \ 期間		R8	年	3	月分		年		月分		年		月分	▼現在の状況 療養中(月 日 現在) 復帰 (5 月 16 日) ▼備考欄 一部出勤の時は ●/● ●時～●時 ●●円支給																					
			支給額		支給額		支給額																													
	子ども支援金		15,000円																																	
	家賃補助		30,000円																																	
上記のとおり相違ないことを証明する。																																	2026 年 5 月 20 日		担当者氏名 ○○ ○○	
事業所所在地：東京都○○区△△1-1																																				
事業所名称：○○株式会社																																				
事業主氏名：○○○ ○○○																																				