令和8年11月更新

1 2 3

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者（申請者）記入用

被保険者(申請者)情報

被保険者等 記号・番号 （左づめ）	記号　　番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください ※本人確認書類の添付が必要です
氏名	（フリガナ）	生年月日　□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年 月 日
住所	（〒　　ー　　）　都道府県	
電話番号 （日中の連絡先）	TEL　（　　）	

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（会社経由で提出する場合は☑）

振込先指定口座

金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（　　）		本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別	普通	口座番号 （左づめ）	
口座名義 （カタカナ）	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。		

□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑　利用しない場合は上記の欄を記入。）

注）口座情報の反映には登録から数日を要します。通常の振込より支給日が遅れますのでご了承ください。

同意欄

ナイスグループ健康保険組合理事長 殿

本書のとおり申請します。

今回申請した傷病手当金の審査にあたり、ナイスグループ健康保険組合が関係諸機関（事業主、前加入保険者、年金事務所、医療機関及び担当医師等）に照会を行うこと、また、関係諸機関がナイスグループ健康保険組合の照会に対し回答をすること、及びナイスグループ健康保険組合がその回答を得ることに同意いたします。

また、同一の疾病に伴う障害厚生年金、退職後の老齢厚生年金または労災休業給付の給付が決定した場合、ナイスグループ健康保険組合に直ちに報告するとともに、年金額の確認できる証明書等の写しを提出します。その上で、併給に該当した場合は、傷病手当金の一部もしくは全額を返納すること、または支給調整されることに同意します。

なお、照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効と認めます。

年　　月　　日

住所「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ

氏名

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

決裁	常務理事	事務長	担当者	

支給額	円	資格取得	年　月　日
支給開始	年　月　日	資格喪失	年　月　日
支給期間	自　年　月　日	標準報酬月額	千円（第　級）
	至　年　月　日	全部・一部不支給	期間:　～　日間
前回	始　年　月　日		理由:
	終　年　月　日	備考	

書類受領印	受付日付印

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3

被保険者（申請者）記入用

申請内容

1 傷病名	2 発病または負傷年月日　令和　年　月　日
3 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　（発病時の状況） → 第三者行為によるものですか □ 1. はい　2. いいえ
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

1 上記の療養のため休んだ期間（申請期間）に報酬を受けましたか。 または今後受けられますか。	□ 1. はい　2. いいえ
1 - ① 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった（なる）期間をご記入ください。	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで 報酬額　円
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. はい　2. 請求中　3. いいえ → □ 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）傷病名及び基礎年金番号をご記入ください。 「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。	傷病名 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
3 （健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。） 老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。受給している場合、その名称ご記入ください。	□ 1. はい　2. 請求中　3. いいえ → 名称
3 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください。 「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　□平成 □令和　年　月　日　年金額　円
4 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　3. いいえ　2. 労災請求中
4 - 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
5 介護保険サービスを受けたとき	保険者番号　被保険者番号　保険者名称

受取代理人の欄

被保険者（申請者）	私は下記を代理人と定め、次の権限を委任する。 ＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日に申請した傷病手当金のうち、金＿＿＿＿＿＿＿＿円の受領 に関すること。 年　月　日 氏名　住所「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ
代理人（口座名義人）および振込指定口座	住所 氏名 ＿＿＿＿＿＿銀行　＿＿＿＿＿＿支店　当座 普通　＿＿＿＿＿＿（口座名義人　）

「事業主および療養担当者記入用」は3ページに続きます。〉〉〉

1 2 3

健康保険 傷病手当金 支給申請書

事業主および療養担当者記入用

事業主が証明するところ

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
上記の期間に対して、報酬の全部または一部を支給した（する）期間	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日 まで	日間
支給した（する）報酬額	円　（令和　年　月　日支払）	

上記のとおり相違ないことを証明する。　令和　年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　TEL　（　）

療養担当者が意見を記入するところ

患者氏名			
傷病名		療養の給付開始年月日（初診日）	令和　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	
労務不能と認めた期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間		
うち入院期間	令和　年　月　日から　日間 令和　年　月　日まで　入院	療養費用の別	□ 健保 □ 公費（　） □ 自費 □ その他
		転帰	□ 治癒 □ 中止 □ 繰越 □ 転医

診療実日数　日

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

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 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

人工透析を実施または人工臓器を装着したとき

人工透析の実施または人工臓器を装着した日　□平成 □令和　年　月　日

人工臓器等の種類　□ 人工肛門 □ 人工関節 □ 人工骨頭 □ 心臓ペースメーカー □ 人工透析 □ その他（　）

上記のとおり相違ないことを証明する。　令和　年　月　日

医療施設の所在地

医療施設の名称

医師・助産師の氏名　TEL　（　）

ナイスグループ健康保険組合