

令和4年度

愛媛県社会保険労務士会 中予支部研修会資料

申請書の様式変更について

様式変更の目的

協会けんぽでは、より分かりやすくすること、より記入しやすくすること、より迅速に給付金をお支払いすること等を目的として、令和5年1月に各種申請書（届出書）の様式を変更いたしました。

様式変更する主な申請書（届出書）

健康保険給付関係
傷病手当金支給申請書
療養費支給申請書（立替払等）
療養費支給申請書（治療用装具）
限度額適用認定申請書
限度額適用・標準負担額減額認定申請書
高額療養費支給申請書
出産手当金支給申請書
出産育児一時金支給申請書
出産育児一時金内払金支払依頼書
埋葬料（費）支給申請書
特定疾病療養受療証交付申請書

任意継続関係
任意継続被保険者資格取得申出書
任意継続被保険者被扶養者（異動）届
任意継続被保険者資格喪失申出書
任意継続被保険者 氏名 生年月日 性別 住所 電話番号（訂正）届

被保険者証等再交付関係
被保険者証再交付申請書
高齢受給者証再交付申請書

様式変更のポイント

[illegible]

ポイント①

マス目化した記入欄を増やしました

文字の読み取り精度を高め、より迅速に事務処理を行うため、マス目化した記入欄を増やしました。

[illegible]

ポイント②

記入方法を記述式から選択式に変更しました

わかりやすい記入方法とするため、記述式から選択式に変更しました。

傷病手当金支給申請書

申請書 1 ページ目 (被保険者記入欄)

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 ページ

被保険者記入用



被保険者が病気やケガのため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として、給付金を受ける場合にご使用ください。
なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者(申請者)情報	被保険者証	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日
				1.昭和 2.平成 3.令和
	氏名 (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文字としてご記入ください。			
	氏名	※申請書はお勤めされている (いた) 被保険者です。 被保険者がお亡くなりになっている場合は、 相続人よりご申請ください。		
郵便番号 (ハイフン除く)			電話番号 (左づめハイフン除く)	
住所	都 道 府 県			

・姓と名の間は1マス空けて、
濁点(・)、半濁点(゜)は、
1文字として記入してください。

振込先指定口座は、上記申請書氏名と同じ名義の口座をご指定ください。			
金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	支店名	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所
預金種別	1 普通預金	口座番号 (左づめ)	

・被保険者(申請者)氏名と同じ
口座を記入してください。

**「振込先指定口座」は、
原則 被保険者(申請者)
名義の口座となります。**

※被保険者(申請者)名義以外の口座に振込みが必要な場合は、
別途用紙「振込先指定口座(受取代理)」の添付が必要となります。

傷病手当金支給申請書

申請書 2 ページ目 (被保険者記入欄)

① 申請期間 (療養のために休んだ期間)		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
② 被保険者の仕事の内容 (退職後の申請の場合は、退職前の仕事の内容)		
③ 傷病名	☐ 療養担当者記入欄(4ページ)に記入されている傷病による申請である場合は、左記に☑を入れてください。 別傷病による申請を行う場合は、別途その傷病に対する療養担当者の証明を受けてください。	
④ 発病・負傷年月日	☐ 1.平成 年 月 日 ☐ 2.令和 年 月 日	
⑤-1 傷病の原因	☐ 1. 仕事以外(業務外)での傷病 2. 仕事(業務上)での傷病 3. 通勤途中での傷病 } → ⑤-2へ	
⑤-2 労災災害、通勤災害の認定を受けていますか。	☐ 1. はい 2. 請求中(労働基準監督署) 3. 未請求	
⑥ 傷病の原因は第三者の行為(交通事故やケンカ等)によるものですか。	☐ 1. はい 2. いいえ 「1. はい」の場合、別途「第三者行為による傷病届」をご提出ください。	
①-1 申請期間(療養のために休んだ期間)に報酬を受けましたか。	☐ 1. はい → ①-2へ 2. いいえ	
①-2 ①-1を「はい」と答えた場合、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。	☐ 1. はい 2. いいえ → 事業主へご確認のうえ、正しい証明を受けてください。	
②-1 障害年金、障害手当金について 今日傷病手当金を申請するものと同一の傷病で「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。(同一の傷病で障害年金等を受給している場合は、傷病手当金の額を調整します)	☐ 1. はい → ②-3へ 2. いいえ 「1. はい」の場合 →	
②-2 老齢年金等について ※退職等による被保険者資格喪失後の老齢年金について、傷病手当金を申請する場合はご記入ください。 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。(公的年金を受給している場合は、傷病手当金の額を調整します)	☐ 1. はい → ②-3へ 2. いいえ 「1. はい」の場合 →	
②-3 ②-1または②-2を「はい」と答えた場合のみ、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 年 月 日 年金額 円(右詰め)	
③ 労災補償 今日の傷病手当金を申請する期間において、別傷病により、労災保険から休業補償給付を受給していますか。	☐ 1. はい 2. 請求中(労働基準監督署) 3. いいえ 「1. はい」の場合 → 「2. 請求中」	

・仕事内容を具体的に記入
(経理担当事務、自動車整備、法人役員等)

※退職後の申請の場合、在職時の
仕事内容を記入してください。

・工作中「業務上」、通勤途中の病気やケガ
については、原則労災保険給付の対象と
なります。

・労災保険給付に該当するかどうかかわら
ない場合は、労働基準監督署にご相談く
ださい。

・マイナンバーを活用して年金
給付額を確認

※情報照会を希望しない場合は、年金
給付額等のわかる書類の添付が必要
となります。

※マイナンバーを活用した情報照会を
希望する場合でも、協会けんぽがマイ
ナンバーを未収録の場合等は、書類の
提出が必要になる場合があります。

傷病手当金支給申請書 記入時の注意点

申請書 3 ページ目 (事業主記入欄)

被保険者氏名 (カタカナ) **キョウカイ タロウ**

氏名は1マス空けて記入ください。漢字・1、平仮名・1 は1字として記入ください。

勤務状況: 2 ページの申請期間のうち出勤した日付を「○」で囲んでください。「早」については出勤の有無に関わらず記入ください。

05	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
05	11	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
05	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

2 ページの申請期間のうち、出勤していない日 (上記①で囲んだ日以外の日) に対して、報酬等 (※) を支給した日がある場合は、支給した日と金額をご記入ください。

※ 有給休暇の賃金、出勤等の有無に関わらず支給している手当 (扶養手当・住宅手当等)、食事・住居等支給しているもの等

05	02	01	05	02	28	3000000	
①	05	10	01	06	03	31	90000
②	05	11	01	05	11	30	10000
③	05	11	12	05	11	12	4000
④	05	12	29	05	12	30	16000
⑤							

①: 10/1 ~ 3/31 の6か月分通勤手当 (90,000 円) を出勤等の有無に関わらず支給している場合

②: 11/1 ~ 11/30 の扶養手当 (10,000 円) を出勤等の有無に関わらず支給している場合

※ 有給は、支給している額が同じで期間が継続している場合は、まとめてご記入ください。半日有給の場合は、対象期間と金額をご記入ください。

例: 12/29、30 日に有給8,000 円ずつ支給した場合
⇒ 12/29 ~ 12/30 16,000 円

例: 11月12日に半日有給を支給した場合
⇒ 11月12日 ~ 11月12日 4,000 円

・被保険者氏名 (カタカナ) を記入してください。

・勤務状況について、**申請期間のうち出勤した日付を「○」で囲んでください。**
(出勤した日付は、所定労働時間の一部労務に服した日も「○」で囲みます。)

※ 有給休暇や公休日の記入は不要です。

※ **待期期間 (3日間連続して仕事を休み) の初日が早退の場合は、「早」を記載してください。**
(出勤後、傷病のためその後仕事を休んだ場合、早退日は待期期間の初日に算入できるため)

※ 年月については、出勤の有無に関わらず記入してください。

※ **有給休暇を取得した日に○を入れないでください。**

・ **出勤していない日 (申請期間) に対して支給した報酬等有給休暇の賃金、出勤等の有無に関わらず支給している手当 (通勤手当・扶養手当・住宅手当等) がある場合には、支給した日と金額をご記入ください。**

※ 通勤手当等の報酬で、一定期間分を一括して支給する場合には、対象期間と金額をご記入ください。

・ 残業手当等の出勤した日に対して支給した報酬や、見舞金等の一時的に支給したものの記入は不要です。

※ **報酬の支給がない場合は空欄のままにしてください。(0円の記載は不要です。)**

※ **総支給額を記載しないようご注意ください。**
申請期間以外に対して支払った報酬も記載不要です。

傷病手当金支給申請書

申請書 4 ページ目 (療養担当者記入欄)

健康保険 傷病手当金 支給申請書

療養担当者記入用

原姓氏名 (カタカナ)	キョウカイ タロウ												
労務不能と認められた期間 (診断書での発症の日から 回復するまでを記入してください。)	年	05	月	10	日	22	年	05	月	12	日	31	
傷病名 (労務不能と認められた期間 中に発生したものを記入してください。)	鎖骨骨折						初診日 (療養の給付の開始 年月日)	年	05	月	10	日	21
発病または負傷の原因	自宅の庭で梯子から落下して受傷												
発病または負傷の 年月日	年	05	月	10	日	21	年	05	月	10	日	21	
労務不能と認められた期間 に診察した日がありましたか。	1 はい 2 いいえ												
上記期間中に受ける 「主たる症状及び経過」 「治療内容、検査 結果、療養指導」等	鎖骨バンドで鎖骨を固定した。 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 必要なため、労務不能と判断した。												
上記のとおり経過しないことを証明します。	年												
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	保陵 五郎												
電話番号	03-xxxx-xxxx												

・姓と名の間は1マス空けて、濁点(・)、
半濁点(゜)は、1文字として記入してください。

・治療期間でなく、療養のため就労できなかったと
認められる期間をご記入ください。
ただし、期間のうち、労務不能と認められる期間
が一部の場合は、右側の余白に労務不能と認めら
れる日をご記入ください。

・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。

※複数の傷病がある場合は、二段書き等ですべて
ご記入いただき、初診日は一番古い日をご記入
ください。

・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。