

傷病手当金申請書

1枚目/全4枚

事業所(会社)への提出日：令和 7 年 12 月 5 日

本人記入(在籍者用)

該当する□に✓を入れてください

被保険者等 記号・番号	記号 1234	番号 1234567	被保険者 氏名	健保 翔平 印*
生年月日	S・H・R 3 年 5 月 10 日		連絡先 (両方)	Tel : 080-1234-5678 E-mail : shohei_kenpo@gmail.com
被保険者住所	〒123-4567 東京都港区北麻布1-2-3			
療養のため休んだ 期間	主治医の労務不能と認めた期間と一致していますか？ <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦 7 年 10 月 1 日 から 7 年 11 月 30 日 まで			
仕事の内容 (具体的に)	事務 (PC操作) 、経理事務、タイヤ製造 (交代制) 、タイヤ販売、倉庫管理 等			
発病原因	<input checked="" type="checkbox"/> 労災以外 <input type="checkbox"/> 労災⇒健保へ電話またはメールでご連絡ください			
病気やケガの 状況 (詳しく)	病気の場合は発病時の状況、ケガの場合は日時や行動・状況を詳しく記入 長時間労働や業務負荷による気分低下、落ち込み、不眠			
申請期間中の 症状・過ごし方	会社の人などとの接触が困難、自宅で寝ていることが多い			

該当する□に✓を入れ、必要な添付書類をご確認ください

今回の傷病での申請は初めてですか？	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ⇒[前回 年 月頃]
今回の申請は1ヵ月単位での申請ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ⇒理由をご記入ください [理由：気力がなく、申請書を書くことができなかった]
第三者行為 (交通事故、他人からの暴力等) による傷病ですか？	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ⇒健保へご連絡ください
労災保険に申請中、もしくは今後申請予定ですか？	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ⇒管轄労基署名[]
BS健保に加入してから2年未満ですか？	<input checked="" type="checkbox"/> はい ⇒4枚目の「前健保情報報告書」の提出は不要です <input type="checkbox"/> いいえ ⇒新卒採用ですか？ <input type="checkbox"/> はい ⇒4枚目の「前健保情報報告書」の提出は不要です <input type="checkbox"/> いいえ ⇒4枚目の「前健保情報報告書」をご提出ください (国民健康保険や他の健康保険組合に加入)
障害厚生年金を受給していますか？	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒ 傷病名[] 「はい」の場合の必須添付書類 ①国民年金 厚生年金保険年金証書 (障害) のコピー (①・②両方) ②年金振込通知書・年金額改定通知書等のコピー
障害手当金を受給していますか？	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒ 傷病名[] 「はい」の場合の必須添付書類 障害手当金決定通知書のコピー またはこれに準ずる書類のコピー ……………【退職後の方で、在籍期間中とあわせて退職後の期間も申請される方のみご記入ください】……………
失業給付の受給について	<input type="checkbox"/> 受給中 ⇒雇用保険受給資格者証のコピー <input checked="" type="checkbox"/> 受給延長中 ⇒受給期間延長等・教育訓練給付適用対象期間・高齢雇用継続給付延長通知書のコピー <input type="checkbox"/> 受給しない ⇒離職票1.2のコピー

同意書

私は、健康保険法に基づく私に対する保険給付の支給可否決定に関する調査のため、プリチストン健康保険組合が必要とする事項 (私の個人情報を含む) について、関係する官公庁、医療保険者、医療機関、事業所及び負傷に関わった団体等に対してプリチストン健康保険組合が照会を行い、回答・提供を受けることについて同意致します。また、上記照会を行うにあたり、プリチストン健康保険組合が当該機関等に対して、必要な範囲内で照会に関する説明を行うことについて了承致します。後日、本件についてプリチストン健康保険組合に対して一切の異議・請求等の申し立てを致しません。なお、本書の写しも有効と致します。

プリチストン健康保険組合 理事長 様

同意日 令和 7 年 12 月 5 日
氏名 健保 翔平 印*

* 被保険者が自筆 (手書き) の場合は押印省略可

医師証明（主治医）

患者氏名	<div style="background-color: #e0ffff; padding: 20px; border: 1px solid black;"> <h3 style="margin: 0;">担当の主治医に依頼してください</h3> </div>			
傷病名				
発病または負傷の原因				
労務不能と認めた期間			うち入院期間	
令和	年	月 日から	令和	年 月 日から
令和	年	月 日まで	令和	年 月 日まで
診療日数	日	診療日	月	→診療した日付 例：3/5、3/20（ ）
			月	→診療した日付 例：4/6、4/21（ ）
			月	→診療した日付 例：5/7、5/22（ ）
→ 診療日数が0日の場合は、該当期間を労務不能と判断した根拠をご記入ください				
診療日が4か月以上で、記入しきれない場合はこちらに日付をご記入ください				
上記期間中における「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 【主たる症状及び経過】				
【治療内容/検査結果/療養指導】等				
症状経過からみて、従来の職種について労務不能と判断された医学的な所見				
上記のとおり相違ありません ※ゴム印をご使用ください			証明日：令和 年 月 日	
医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名				

傷病手当金申請書

3枚目/全4枚

事業所証明 (会社)

被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名
労務に服さな かった期間	令和 令和	年 年	月 月
【労務に服さなかった期間】(場合) 提出いただきます。不可能な場合はこちらに期間を分けてご記入ください。			
長欠発令日	令和	年	月 日
退職日	令和	年	月 日 →最終給与日 令和 年 月 日
復職日	令和	年	月 日
賃金計算期間	締日	日 (勤怠把握期間	日～ 日) 支払日 <input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月 日
支給した賃金の証明			
【(株)プリホストンの場合】⇒賃金台帳を添付してください		賃金の内訳と備考欄の記入は不要ですが、賃金台帳は	
【(株)プリホストン以外の方でPOSITIVE使用の場合】⇒賃金台帳を添付してください		申請以前1年間分が表示されるよう出力してください	
【(株)プリホストン以外の方でPOSITIVEを使用していない場合】⇒給与と明細を添付し、賃金の内訳と備考欄もご記入ください			
【賃金の内訳】			【備考】
項目	基準月額(円)	固定給・変動給 (季節的支給などあれば、空欄に記載ください)	該当する <input type="checkbox"/> に✓を入れてください
		固定給・変動給	<input type="checkbox"/> 時給制(____円× ____ h=____ /日)
		固定給・変動給	<input type="checkbox"/> 短時間勤務者
		固定給・変動給	<input type="checkbox"/> 通勤費の払い戻し有 (精算月: ____月)
		固定給・変動給	<input type="checkbox"/> 通勤費の前払い有
		固定給・変動給	____月____日～ ____ ヵ月分
		固定給・変動給	____円を____月____日支給
【補足があればこちらにご記入ください】			
■療養休職手当の算出方法 (不就労控除の算出方法は不要)			
■誤払い精算に関する詳細			
■その他連絡事項			
上記のとおり相違ないことを証明する ※ゴム印をご使用ください			
事業所所在地		証明日: 令和 ____年 ____月 ____日	
事業所名称		担当	責任者
事業主氏名			

お勤め先の社会保険担当者に
依頼してください

前健保情報報告書

4枚目/全4枚

本人記入
(BS健保加入2年未満の方)

【提出が必要な方】

- BS健保加入が2年未満の方で、今回の傷病での傷病手当金申請が初回の方
(※2回目以降は提出の必要はありません)

【提出が必要ではない方】

- 今回の傷病での傷病手当金申請が2回目以降の方
- 新卒採用でプリヂストン健康保険組合加入前に就労実績がない方

プリヂストン健康保険組合に加入する以前2年間に加入していた健康保険組合をご記入ください。
健康保険法に基づき、過去に受給があった傷病の継続・再発等を判断したり、同一疾病での期間(1年6か月)を超えていないかを審査する目的で使用場合があります。

被保険者等 記号・番号	記号 1234	番号 1234567	被保険者 氏名	健保 翔平
----------------	------------	---------------	------------	-------

該当する□に✓を入れてください

【前健保の加入履歴】 時系列ですべてご記入ください

健康保険組合等の名称 ※国民健康保険の場合は市区町村名をご記入ください ※協会けんぽの場合は支部名をご記入ください 国民健康保険（横浜市）	
勤務先名称（会社名） 株式会社KENPO	
被保険者等記号・番号 1234 - 56789	加入状況 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者（本人） <input type="checkbox"/> 被扶養者（家族として加入）
加入期間 令和 6年 1月 1日 ~ 令和 6年 12月 31日	
傷病手当金受給 <input type="checkbox"/> あり➡[傷病名： 受給期間：令和 年 月 日 ~ 年 月 日]	

【前々健保の加入履歴】 時系列ですべてご記入ください

健康保険組合等の名称 ※国民健康保険の場合は市区町村名をご記入ください ※協会けんぽの場合は支部名をご記入ください	
勤務先名称（会社名）	
被保険者等記号・番号 -	加入状況 <input type="checkbox"/> 被保険者（本人） <input type="checkbox"/> 被扶養者（家族として加入）
加入期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
傷病手当金受給 <input type="checkbox"/> あり➡[傷病名： 受給期間：令和 年 月 日 ~ 年 月 日]	