

【メ

記入例

## 傷病手当金申請書(第2回)

1/2枚目

健康保険番号・番号	Global ID	被保険者の氏名
99-9999	1234567	厚生 春雄
生年月日	発病又は負傷の年月日	傷病名
〇〇年〇月〇日	〇〇年〇月〇日	鎖骨骨折
被保険者住所		電話/メールアドレス
〒999-9999 〇〇県〇〇市〇-△-×		TEL: 03(〇〇〇〇)×××× mail: ××××××@××××.co.jp
労務不能の期間 ※月ごとに区切って請求してください		
令和7年9月1日 ~ 令和7年9月25日		医師記入の労務不能と 認められた期間と同期間。
傷病の原因・症状を記入してください		
私用で買い物に外出中、道路で転倒し、左肩を強打した。		
第三者行為によるものですか	労災保険から休業補償給付を受けていますか	
<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中	
※「はい」の場合は「傷病届」を提出してください	※「はい」「請求中」の場合は労働基準監督署を記入してください 労働基準監督署	
「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか		
<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中		
※「はい」「請求中」の場合は以下①~④も記入してください		
①年金の種別 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金	②受給要因となった傷病名	
③受給開始日 年 月 日	④受給額:(障害厚生年金は年額) 円	
※「はい」「請求中」の場合は「年金振込通知書(写)」等、受給開始年月日と年金額を確認できる書類を添付ください		
(退職者のみ) 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		
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中		
※「はい」「請求中」の場合は「年金振込通知書(写)」等、受給開始年月日と年金額を確認できる書類を添付ください		
(退職者のみ) 雇用保険(失業給付)の基本手当を受給していますか		
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 受給延長中		
※求職の申し込みや基本手当を受給している場合は 傷病手当金は支給されません		
本件給付を上記のとおり申請いたします。 在職被保険者の場合は、本件給付の受領方を事業主に委任します。		
AIG健康保険組合理事長殿		〇〇年〇月〇日
被保険者(申請者)氏名		厚生 春雄

【提出書類】傷病手当金申請書1枚目、2枚目、誓約書(第1回目申請時のみ)

【提出先】

在職者:(社)ヒューマン・リソース・パートナーズ

住所:〒540-6319 大阪府大阪市中央区城見1-3-7 IMPビル19階 社会保険労務士法人 ヒューマン・リソース・パートナーズ AIG担当宛て

退職者(退職後の期間の申請):AIG健康保険組合

住所:〒130-0013 東京都墨田区錦糸3-2-1 アルカイースト5階 AIG健康保険組合宛て

【受付締切/支給日】

在職者:原則毎月23日(土日祝前倒し)までにヒューマン・リソース・パートナーズに到着したものを、翌々月給与で支給

退職者(退職後の期間の申請):原則毎月15日(土日祝前倒し)までにAIG健保へ到着したものを、翌月20日(土日祝前倒し)振込で支給

※関係先へ確認(照会)をする場合等、支給決定まで時間を要することがあります。

受付印

2026/4

【×】

記入例

# 傷病手当金申請書(第2回)

2/2枚目

医師の記入するところ	患者氏名		傷病名		
	厚生 春雄		鎖骨骨折		
	発病・負傷の年月日		療養給付開始年月日(初診日)		
	〇〇 年 〇月 〇日		〇〇 年 〇月 〇日		
	発病・負傷の原因				
	左肩部強打				
	労務不能と認めた期間				
	令和7 年 9 月 1 日 ~ 令和7 年 9 月 25 日 ※未来日付は不可				
	診療実日数	診療日を○で囲んで下さい			
	2日間	9月 ① 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 ② 23 24 25 26 27 28 29 30 31			
療養費用の別		労務不能期間中の入院期間			
<input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> その他( )		年 月 日から 年 月 日まで			
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」「労務不能と認めた医学的な所見」等(詳しく)					
鎖骨を骨折し、9/1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であったため、労務不能と判断した。					
上記のとおり相違ないことを証明いたします。 〇〇年 〇月 〇日					
医療機関(所在地) 〒〇〇〇—〇〇〇		必ず病院で医師の証明を受けて下さい。			
(名称)	健康保険総合病院	電話 〇3(△△△△)△△△△			
(医師名)	保険 五郎	印 険			
事業主の証明	労務に服しなかった期間				
	年 月 日 日				
	押印を忘れずに!				
	報酬を支給した(すべき)期間		日数	金額	
	年 月 日 ~ 年 月 日		間	円	
	事業主氏名		「事業主の証明」は、労務不能期間の一部でも在籍期間と重なる場合、必ず事業主の社会保険担当部署の証明が必要です。但し、証明は提出先のヒューマン・リソース・パートナーズで行いますので、空欄で提出下さい。なお、退職後の労務不能期間の証明は不要です。		
	上記のとおり相違ない				
事業所所在地					
事業所名称					
事業主氏名		年 月 日			

受付印

第1回目申請時のみ提出してください

記入例

AIG健康保険組合  
理事長 殿

### 誓 約 書

この度傷病手当金を請求するにあたり、次の事項を確約するとともに万一違反のありましたときは、支給の一部又は全部を停止されても異議ないことを約します。

※本誓約書の写しも有効とさせていただきます

1. 請求に際しては医師の意見を付した規定の請求を月ごとに作成し、複数月分を一括請求するなどいたしません。
2. 傷病手当金受給中に、厚生年金法による障害年金の支給が決定したときは遅滞なく通知します。
3. 傷病手当金受給中に、労災保険による休業補償給付の支給が決定したときは遅滞なく通知します。
4. 貴組合が必要と認めた場合、関係先への照会を行うこと、また関係先が回答することに同意します。  
※関係先とは、勤務している(していた)事業主、前加入保険者、医療機関、年金事務所、公共職業安定所等をさします。

以上

〇〇年 〇月 〇日

被保険者住所

〇〇県〇〇市〇-△-□

被保険者氏名(自署)

厚生 春雄

氏名欄は自署してください!