



## 傷病手当金申請利用者画面

- 傷病手当金の申請は事業主に提出され、事業主より健康保険組合に提出となります。資格喪失後の申請も同様です。
- リクルート健康保険組合で任意継続等記号番号の変更があった場合、以前の記号番号の期間の申請はMYHEALTHWEBでは受付できません。書面にて申請ください。
- MYHEALTHWEBは申請内容の誤り等で却下となった場合、再度すべての項目の入力、添付書類のアップロードが必要となります。
- 書面時の申請と同様に療養が長期に及ぶ場合は約1ヶ月毎で申請ください。
- 追加書類の提出等、郵送にて依頼することがあります。



# 【利用者画面】傷病手当金支給申請

## 申請TOP画面

※実際の画面とは異なる場合があります。

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 傷病手当金支給申請

### 傷病手当金支給申請

申請者	被保険者の申請になります。
申請方法	<p>このサイトの申請画面に申請をすると事業主に提出されます。不備等があります。※申請には医師の証明が必要です。事前に下記のPDFを印刷して医師の記入と押印をもらってください。</p> <p><a href="#">【傷病手当金請求書(療養担当者記入用)】</a></p> <p>※初回申請の際は下記の書類も必要です。</p> <p><a href="#">【第一回請求に伴う報告書】</a></p> <p>※資格喪失後期間の初めての申請の際は、別途書類が必要です。詳細はリクルート健康保険組合のホームページをご確認ください。</p> <p><a href="https://kempo.recruit.co.jp/member/application/rest_b.html">https://kempo.recruit.co.jp/member/application/rest_b.html</a></p>
注意事項	<p>申請することができるのは被保険者のみです。</p> <p>支給されるのは、下記の4つの条件すべてに該当した場合です。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医師の指示により病気・けがのための療養中のとき</li> <li>2. 療養のために今まで行っていた仕事につけなかったとき</li> <li>3. 連続3日以上休んだとき</li> </ol> <p>※続けて休んだ場合の4日目から支給されます。</p> <p>※初めの3日間は「待期期間」といい、支給されません。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. 給料等をもらえないとき</li> </ol> <p>※給料等をもらっても、その額が傷病手当金より少ないときは差額が支給されます。</p> <p>お休みの期間が経過した後にご申請ください。事前申請ではありません。</p> <p>療養が長期に渡る場合は、約1ヶ月程度の期間でご請求ください。</p> <p>審査の状況によって、追加で書類を提出していただく場合があります。</p> <p>追加書類の提出等については、郵送にてご依頼することがあります。</p> <p>審査の結果、支給されないこともあります。</p> <p>審査が完了しましたら、通知書を送付します。支給の可否詳細は通知書にてご確認ください。</p>

- ①事前にPDFを印刷し、医師の記入、押印、証明を受けてください。
- ②上記①の書類、他必要添付書類を画像データ（写真・スキャン）にして、申請する端末に保存してから申請を始めてください。

申請する

## 届出・申請の履歴



※PDFファイルをご覧いただくためには、無料のAdobe® Reader®が必要です。お持ちでない場合は、左のアイコンをクリックしてダウンロードしてください。

届出・申請TOPへ

※傷病手当金の申請は申請すると事業主に提出され、事業主より健康保険組合に申請されます。不備等があった場合、事業主から連絡が入ることがあります。

# 【利用者画面】傷病手当金支給申請

この申請について

※実際の画面とは異なる場合があります。

[TOP](#) > [各種申請・申込](#) > [給付・請求に関する申請](#) > 傷病手当金支給申請

## 傷病手当金支給申請

### この申請について

下記の項目をご確認いただき、全てにチェックをつけて次へ進むを押してください。

前画面のPDF「傷病手当金請求書」のアップロードが可能です。

本項目を全て確認、了承（✓）したうえで、次へ進んでください。

前画面の申請方法、注意事項について確認した。

←前へ戻る

次へ進む→

[この申請TOPへ](#)

[届出・申請TOPへ](#)

## 申請者情報

[TOP](#) > [各種申請・申込](#) > [給付・請求に関する申請](#) > 傷病手当金支給申請

## 傷病手当金支給申請

### 申請者情報

申請者の情報を入力してください。

申請者	テスト 太郎	
連絡先：電話番号	<input checked="" type="radio"/> 登録済の電話番号を使用する	09012345678
	<input type="radio"/> 新規に登録する	
連絡先：メールアドレス	※メールアドレスの変更は、各種設定から行ってください。	test@test

←前へ戻る

次へ進む→

[この申請TOPへ](#)

[届出・申請TOPへ](#)

# 【利用者画面】傷病手当金支給申請

## 申請内容入力

※実際の画面とは異なる場合があります。

### 傷病手当金支給申請

#### 申請内容

申請内容を入力してください。

傷病名と初診日	傷病名 (1)	<input type="text" value="胃潰瘍"/>
	初診日 (1)	<input type="text" value="2025/02/05"/>
	傷病名 (2)	<input type="text"/>
	初診日 (2)	<input type="text" value="yyyy/mm/dd"/>
	傷病名 (3)	<input type="text"/>
	初診日 (3)	<input type="text" value="yyyy/mm"/>
該当の傷病	<input checked="" type="radio"/> 病気 発病の原因 <input type="text" value="ストレス"/>	
第三者行為によるものですか？	<input type="radio"/> ケガ <input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
療養のため休んだ期間 (申請期間)	<input type="text" value="2025/02/05"/> ~ <input type="text" value="2025/03/04"/> 29 日間	
あなたの仕事の内容 (具体的に)	<input type="text" value="事務としてデータ抽出、資料作成、電話対応など"/> <small>※最大全角50文字まで入力</small>	
上記期間の報酬	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	
上記期間の労務 (アルバイト等を含む)	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	
「障害厚生年金」または「障害手当金」の支給	<input type="radio"/> 障害厚生年金を受給している	
	<input checked="" type="radio"/> 障害手当金を受給している	
	傷病名	<input type="text"/>
	基礎年金番号	<input type="text"/>
	年金コード	<input type="text"/>
	支払開始年月日	<input type="text" value="yyyy/mm/dd"/>
	年金額	<input type="text"/> 円
	<input type="radio"/> 申請中 <input type="radio"/> 受給していない	

必要項目を全て入力し、添付書類をアップロードしてください。

発病・負傷の原因は分かる範囲で入力ください。  
 ※業務起因の場合は労災となります。傷病手当金をご申請の際は労働基準監督署に労災にあたらないか確認の上、ご申請ください。

第三者行為によるものが「はい」の場合、第三者による傷病届の提出が必要な場合がございます。健康保険組合までご連絡ください。

療養が長期に渡る場合は約1ヶ月毎に申請ください。

「事務」等だけではなく具体的に入力ください。

年齢または退職事由の公的年金の受給 <span style="color: red; font-weight: bold;">必須</span>	<input type="radio"/> 受給している
	<input type="radio"/> 申請中
	<input checked="" type="radio"/> 受給していない
休業補償給付 <span style="color: red; font-weight: bold;">必須</span>	<input type="radio"/> あり
	<input type="radio"/> 労災・損害賠償等申請中
	<input checked="" type="radio"/> なし
住所 <span style="color: red; font-weight: bold;">必須</span>	郵便番号 <span style="color: red; font-weight: bold;">必須</span> ※ハイフンなしの半角数字（7桁） 1006640 <input type="button" value="検索"/>
	都道府県 <span style="color: red; font-weight: bold;">必須</span> 東京都
	市区町村番地 <span style="color: red; font-weight: bold;">必須</span> ※全角入力 千代田区丸の内グラントウキョウサウスタワー
	建物名・部屋番号など <span style="color: red; font-weight: bold;">任意</span> ※全角入力 *マンション名・アパート名等がある方は、必ず入力してください（漏れていますと、宛名不完全のため届かないことがあります）。
添付書類 <span style="color: red; font-weight: bold;">必須</span>	shoubyouteate_seikyusyo.pdf <input type="button" value="削除"/> <input type="button" value="ファイルを選択"/>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・傷病手当金請求書（療養担当者記入用） 該当の方は下記書類も添付ください。</li> <li>・初回申請の方 第一回請求に伴う報告書</li> <li>・資格喪失後期間の初回申請の方 健康保険給付停止届</li> </ul> <p>※アップロード可能な画像は「jpg,jpeg,png,gif」です。                  ※1枚あたり10MBまでアップロード可能です。                  ※ファイル名称は、半角英数字と記号「-」のみです。                  ※ファイル名にスペースは使用できません。                  ※画像の文字が読み取れない等不備があった場合は、再提出をお願いします。</p>

通知書や不備・追加書類の依頼等の郵送物が届く住所を入力ください。

療養担当者記入の請求書は申請の都度、第一回請求に伴う報告書は初回申請時、資格喪失後期間の初回申請時は必要書類等必要に応じた書類をアップロードしてください。  
  
 ※画像の文字が読み取れない等の不備がある場合は、受理できませんので、鮮明な画像をアップロードしてください。再度ご提出いただく場合がありますので、原本は保管してください。  
  
 ※通信環境が悪いとアップロードができないことがあります。その際は通信環境を変えてお試しください。

# 【利用者画面】傷病手当金支給申請

## 振込口座入力

※実際の画面とは異なる場合があります。

### 振込先口座情報

振込先口座情報を入力してください。

公金受取口座を選択した場合、  
給付日直前の変更や登録内容に誤りがあった場合は、  
給付日が遅れることがあります。  
公金受取口座を選択する場合は、必ずご自身の  
マイナポータルで口座に間違いがないかご確認ください。

公金受取口座	必須	<input type="radio"/> 公金受取口座を利用する <small>※利用をご希望の場合、マイナポータルで登録してください。</small> <input checked="" type="radio"/> 公金受取口座を利用しない
振込先指定口座名義	必須	<input checked="" type="radio"/> 申請者名義の口座に振込 <input type="radio"/> 代理人名義の口座に振込
振込先指定口座	必須	<input type="radio"/> ゆうちょ銀行の口座に振込 <input checked="" type="radio"/> ゆうちょ銀行以外の口座に振込  銀行名称 必須 <input type="button" value="選択する"/> <input type="text"/> 銀行コード <input type="text"/>  支店名称 必須 <input type="radio"/> 支店名を選択して指定する <input type="radio"/> 支店コードから指定する  預金種類 必須 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座 <input type="radio"/> 貯蓄  口座番号 必須 ※半角数字7桁 <input type="text"/>  口座名義 必須 ※半角カタカナ <input type="text"/>

# 【利用者画面】傷病手当金支給申請

## 入力内容確認

※実際の画面とは異なる場合があります。

### 傷病手当金支給申請（入力内容確認）

#### 申請者情報

被保険者等記号 - 番号	9999991-9999991
申請者	テスト 太郎   〒100-0001   住所: 東京都千代田区丸の内   性別: 男   生年月日: 1980年01月08日
連絡先: 電話番号	09012345678
連絡先: メールアドレス	test@test

全ての入力内容に誤りが無いか、アップロード画像に誤りが無いか、文字等が鮮明であるか確認ください。

#### 申請内容

傷病名と初診日	傷病名: 胃潰瘍 発病または負傷年月日: 2025-02-05
該当の傷病	病気 ストレス
第三者行為によるものですか?	いいえ
療養のため休んだ期間 (申請期間)	2025-02-05 ~ 2025-03-04 29日間
あなたの仕事の内容 (具体的に)	事務としてデータ抽出、資料作成、電話対応等
上記期間の報酬	なし
上記期間の労務 (アルバイト等を含む)	なし
「障害厚生年金」または「障害手当金」の受給	受給していない
老齢または退職事由の公的年金の受給	受給していない
休業補償給付	なし
住所	郵便番号: 100-6640 都道府県: 東京都 市区町村番地: 千代田区丸の内グラントウキョウサウスタワー 建物名・部屋番号など:

添付書類	<p>健康保険傷病手当金請求書 (請求担当者記入用)</p> <p>※請求書の記入方法については、請求書の裏面に記載されています。</p>
------	---

#### 振込先口座情報

公金受取口座	必須	公金受取口座を利用する
--------	----	-------------

[← 前へ戻る](#)
[入力内容を確定する](#)

[この申請TOPへ](#)
[届出・申請TOPへ](#)

# 【利用者画面】傷病手当金支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

## 傷病手当金支給申請（申請完了）

傷病手当金支給申請が完了しました。

審査完了後、審査結果については、通知書を郵送にて送付します。内容、金額、振込日など詳細については、通知書をお待ちください。

不備や追加書類等がある場合、事業主もしくは健康保険組合よりメール、電話、郵送にてご連絡をさせていただきます。

添付ファイルの画像が読み取れない等の場合は、再度ご提出いただきますので、添付書類については、保管のほどお願い致します。

[この申請TOPへ](#)

[届出・申請TOPへ](#)

こちらで申請は完了です。  
事業所を經由して健康保険組合に申請されます。

不備や追加でのご確認等がありましたら、事業主・健康保険組合よりメール、電話、郵送等で連絡が入ることがございます。

審査が完了しましたら、通知書を郵送にて送付いたしますので、詳細はそちらをお待ちください。