

健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 回)

◎◎◎◎ ①記入箇所を訂正する場合は、記入者の訂正印が必要で、(修)と(正)を申請してください。 ②「退職後の期間を申請される方は、初めに1ヶ月単位として申請してください。 ③「退職後の期間を申請される方は、1・2」と「雇用保険受給期間延長通知書」の写し「傷病手当金状況説明書(A)」と「個人情報提供同意書(B)」または「(C)」を添付してください。 ④「退職後の期間を申請される方は、1・2」と「雇用保険受給期間延長通知書」の写し「傷病手当金状況説明書(A)」と「個人情報提供同意書(B)」または「(C)」を添付してください。	⑦ 被保険者証の記号・番号		⑧ 被保険者の生年月日		⑨ 事業所名	
	-		昭和 年 月 日 平成			
	㊦ 被保険者の氏名と印	(フリガナ)	㊧ 具体的な業務内容			
	㊨ 被保険者の住所	(フリガナ)			固定電話 ( )	
		〒 -			携帯電話 ( )	
	㊩ 傷病名とその傷病の発病(負傷)年月日	(1)			平成 年 月 日	
		(2)			平成 年 月 日	
	㊪ 療養のため休んだ期間(申請期間)	平成 年 月 日 から				
		平成 年 月 日 まで			( 日間)	
	㊫ 発病(負傷)の状況を詳しく記入してください					
㊬ 第三者行為(交通事故や暴力行為等)によるものですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	【提出書類】 「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」を別途提出してください。			
㊭ 労災保険から休業(補償)給付を受けている期間の傷病手当金の申請ですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 労災請求中	【添付書類】 「はい」の場合は、「休業(補償)給付支給決定通知書」の写しを添付してください。		
㊮ 障害年金の有無	「障害年金」または「障害手当金」を受給していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 請求中	【添付書類】 「はい」の場合は、以下の書類を添付してください。 ① 受給原因の傷病名の分かる書類(障害者手帳等)の写し ② 「年金証書」の写し ③ 直近の「年金振込通知書」または「年金額改定通知書」の写し	
	「はい」または「請求中」の場合は、受給原因の傷病名を記入してください。			<input type="checkbox"/> 障害年金	<input type="checkbox"/> 障害手当金	
	「はい」の場合は、支給開始年月日、年額を記入してください。	支給開始年月日	年 額	「請求中」の場合は、以下の書類を添付してください。 ① 受給原因の傷病名の分かる書類(障害者手帳等)の写し ② 「年金見込額照会回答票」の写し		
	昭和 年 月 日	平成 年 月 日	円			
㊯ 退職後の期間を申請される方	「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"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 請求中	【添付書類】 「はい」の場合は、以下の書類を添付してください。 ① 直近の「年金振込通知書」または「年金額改定通知書」の写し	
	「はい」または「請求中」の場合は、受給原因の傷病名を記入してください。			<input type="checkbox"/> 障害年金	<input type="checkbox"/> 障害手当金	
	「はい」の場合は、支給開始年月日、年額を記入してください。	支給開始年月日	年 額	「請求中」の場合は、以下の書類を添付してください。 ① 「年金見込額照会回答票」の写し		
	昭和 年 月 日	平成 年 月 日	円			
㊰ 受取方法	【在籍中の方】	この給付金の受領を在籍している事業所に委任します。				
	会社へ委任してください。	被保険者氏名		㊱		
	【退職後の方】	銀行・信金 信組・農協	本店	普通・当座・貯蓄		
振込先を記入してください。 (任継者は登録口座へ振込のため記入不要)	口座番号	(フリガナ)	口座名義			

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

◎◎◎ 労務不能と認められた期間が経過した後に証明する必要があります。全ての項目を証明してください。

④ 患者氏名																																		
⑤ 傷病名	(1)							発病(負傷)の年月日	平成	年	月	日	療養の給付開始年月日	平成	年	月	日																	
	(2)							年月日	平成	年	月	日		平成	年	月	日																	
⑥ 労務不能と認められた期間		平成	年	月	日から	日間	⑦ 発病(負傷)の原因																											
⑧ 入院期間		平成	年	月	日から	日間	⑨ 療養費用の別		健保・自費・公費( )・その他																									
		平成	年	月	日まで	入院	⑩ 転帰		治癒・繰越・中止・転医																									
⑪ 診療実日数	⑫ 診療日数を○で囲んでください。	年	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
		年	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
		年	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
⑬ ① 労務不能と認められた期間に行った診療内容		・投薬の有無: <input type="checkbox"/> あり( 日分) <input type="checkbox"/> なし ・通院指導の有無: <input type="checkbox"/> あり( 回) <input type="checkbox"/> なし(理由 ) ・療養の指示内容・経過概要(検査や手術など、できるだけ詳しく記入してください。)  ・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																																
⑭ 障害年金診断書について		診断書の記載						あり・なし						受診状況等説明書の記載						あり・なし														
		診断書の傷病名																																
上記のとおり相違ありません。		平成 年 月 日																																
医療機関の所在地																																		
名称																																		
医師の氏名印		⑮ 電話 ( )																																

◎◎ 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等を記入してください。

① 労務に服さなかった期間	平成	年	月	日から											② ①の期間の出勤日数と有給日数	出勤日数	日間										
	平成	年	月	日まで	( 日間)											有給日数	日間										
③ 給与の種類	月給・日給		月給・日給		④ 給与締切日と給与支給日		固定給		日締、当月・翌月						日支払												
	時間給・その他( )						非固定給		日締、当月・翌月						日支払												
⑤ 欠勤控除の有無		あり・なし		⑥ ⑤「あり」の場合、精算方法		当月給与・翌月給与・その他( )																					
⑦ ⑤ありの場合、欠勤控除の算出方法																											
⑧ 通勤手当の支給の有無		あり・なし																									
⑨ ⑧ありの場合、期間、金額、精算の有無		月	日	～	月	日	分	円	精算する・精算しない																		
		月	日	～	月	日	分	円	精算する・精算しない																		
⑩ 現物給与の有無		あり・なし		⑪ ⑩「あり」の場合、現物給与の名称、金額								円															
⑫ ①の期間を含む給与締切日に支払われた報酬について		【月給者・日給月給者・日給者】→ 固定給・日給以外の報酬を記入してください。 【時給者】→ 時間内・時間外手当以外の報酬を記入してください。																									
報酬の名称	期間	月	日	～	月	日	分	月	日	～	月	日	分	月	日	～	月	日	分								
	支給額																										
上記のとおり相違ないことを証明します。		平成 年 月 日																									
事業所の所在地																											
名称																											
事業主の氏名印		⑯ 電話 ( )																									

【事業主の添付書類】  
 第一回申請時には、労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間とその期間前1ヵ月分の「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを添付してください。  
 第二回以降の申請には、労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを添付してください。

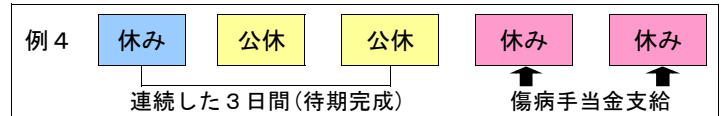
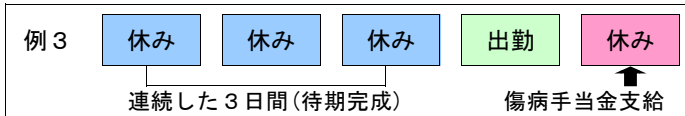
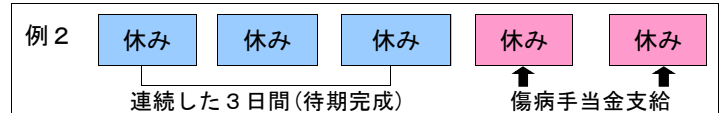
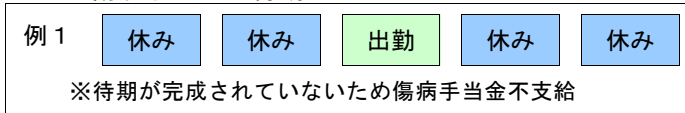
# 傷病手当金の支給要件等

## ■ 支給を受ける条件

被保険者が病気やけがの療養のため仕事を休み、給与を受けられないなど、次の条件を満たした場合は、傷病手当金が支給されます。

1. 業務外の事由による病気やけがのため療養中であること
2. 仕事につけないこと（労務不能）  
労務不能の判定は、療養を担当した医師の意見を基に被保険者の従事する業務の種別を考慮し、本来の業務に耐えられるか否かを基準として行います。
3. 連続する3日間を含み、4日以上労務に服せなかったこと  
業務外の事由による病気やけがのため労務に服することができなくなってから休んだ日が連続して3日間あり、4日目を以降労務に服せなかった日ごとに支給されます。この連続して休んだ3日間を「待期」といい、待期が完成していないと傷病手当金は支給されません。

## ★ 傷病手当金の待期



- (注1) 就労時間中に業務外の事由で発生した傷病について労務不能となった場合は、その日を待期期間の初日として起算されます。  
(注2) 土日、祝日の公休日も待期期間中に算入されます。

4. 給与（報酬）の支払いがないこと  
休んだ期間について、給与の支払いがない場合に支給されますが、給与の支払いがあっても傷病手当金の額より少ない場合は、その差額が支給されます。

## <資格喪失後の継続給付について>

被保険者の資格を失った場合でも、資格喪失日の前日（退職日等）までに被保険者期間が継続して1年以上あり、資格喪失日の前日（退職日等）に傷病手当金の支給を受けているか、受けられる状態（上記1～3の条件を満たしている）であれば、資格喪失後も引き続き支給を受けることができます。

## ■ 支給期間と支給額

### 1. 支給期間

傷病手当金は支給開始日から最長で1年6ヵ月の期間で、支給要件を満たした期間について支給されます。支給開始日は、実際に傷病手当金の支給が開始された日で、これを起算日としています。例えば、労務不能のため仕事を休み3日間の待期を完成して、4日目も労務不能のため仕事を休み、給与（報酬）の支払いを受けない場合は、4日目から支給され、その日が起算日となります。また、給与（報酬）の支払いを受けることにより傷病手当金の支給を受けることができなかった場合には、給与の支給がなくなった、または傷病手当金の額より少ない額の給与が支給されるに至った日から傷病手当金の支給が開始され、その支給開始日が起算日となります。

### 2. 支給額

1日あたりの支給額は、支給開始日以前の継続した12ヶ月間の標準報酬月額を平均した額を30で割った日額の3分の2に相当する額（1円未満四捨五入）です。給与の支払いがあって、その給与が傷病手当金の額より少ない場合は、傷病手当金と給与の差額が支給されます。被保険者期間が12ヶ月に満たない場合は、次のいずれか低い額の3分の2相当額で計算します。

- ・支給開始日の属する月以前の被保険者期間の標準報酬月額の平均した額の日額
- ・支給開始日の属する年度の前年度の三井健康保険組合全被保険者の平均標準報酬月額の日額

- 出産手当金を同時に受けられるとき  
傷病手当金と出産手当金を同時に受けられる場合は、出産手当金の支給が優先し、その間、傷病手当金は支給されません。ただし、傷病手当金の額が出産手当金の額よりも多ければ、その差額を支給することになります。
- 障害年金または障害手当金を受けようになったとき  
傷病手当金を受けられる期間が残っていた場合でも、同一の傷病等による厚生年金保険の障害厚生年金が障害手当金を受けようになったときは、傷病手当金は打ち切られます。ただし、障害厚生年金の額（同一支給事由の障害基礎年金が支給されるときはその合算額）の360分の1が傷病手当金の日額より低い場合は、その差額が支給されます。また、障害手当金の場合は、傷病手当金の額の合計額が障害手当金の額に達することとなる日までの間、傷病手当金は支給されません。
- 老齢退職年金を受けようになったとき  
退職後に傷病手当金の継続給付を受けている方が、老齢退職年金を受けるときは、傷病手当金は支給されません。ただし、老齢退職年金の額の360分の1が傷病手当金の日額より低い場合は、その差額が支給されます。
- 労災保険から休業（補償）給付を受けているとき  
労災保険から休業（補償）給付を受けている期間に、業務外の理由による病気やけがのために労務不能となった場合は、その期間中傷病手当金は支給されません。ただし、休業（補償）給付の日額が傷病手当金の日額より低い場合は、その差額が支給されます。