

健康保険 傷病手当金支給申請書（第 回） 1/2枚目

①②③④  
 の記入箇所を訂正する場合は、被保険者の資格取得後2年以内におおむね1ヶ月以内、かつ、退職後、期間延長通知書の状況説明書（傷病手当金状況説明書（A））と個人情報説明書（同意書）または（C）を添付してください。  
 【添付書類】  
 退職後、期間延長通知書の状況説明書（傷病手当金状況説明書（A））と個人情報説明書（同意書）または（C）を添付してください。

⑦ 被保険者証の記号・番号		④ 被保険者の生年月日		⑧ 事業所名	
-		年 月 日			
⑤ 被保険者の氏名	(フリガナ)		⑨ 具体的な業務内容		
⑥ 被保険者の住所	(フリガナ)		固定電話 ( )		
	〒 -		携帯電話 ( )		
⑩ 傷病名とその傷病の発病(負傷)年月日	(1)			年 月 日	
	(2)			年 月 日	
⑪ 療養のため休んだ期間(申請期間)	年 月 日 から				
	年 月 日 まで		( 日間)		
⑫ 発病(負傷)の状況を詳しく記入してください					
⑬ 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。		
⑭ 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。	
⑮ 障害年金の有無等の状況説明書(傷病手当金状況説明書(A))と個人情報説明書(同意書)または(C)を添付してください。	「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  「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
	「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。				
	「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 月 日	年 額	
⑯ 退職申請後の期間を	「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  「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
	「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 月 日	年 額	円
⑰ 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。 被保険者氏名 _____ *支払日等の詳細は、所属会社の担当者にお問い合わせください。			
	【退職後の方】	銀行・信金 信組・農協	本店 支店	普通・その他 ( )	
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

※年月日は元号でご記入ください。

◎◎◎ 証明が漏れていたり、医師の訂正押印が必要な場合は、全ての項目を証明してください。

① 患者氏名			
② 傷病名	(1)	発病(負傷)の年月日	年 月 日
	(2)	発病(負傷)の年月日	年 月 日
③ 労務不能と認められた期間		年 月 日から 年 月 日まで	④ 発病(負傷)の原因
⑤ 入院期間		年 月 日から 年 月 日まで	⑥ 療養費用の別 ⑦ 療養の給付開始年月日
⑧ 診療実日数	⑨ 診療日を○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
⑩ 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			
⑪ 障害年金診断書について		⑫ 障害年金用 診断書の記載	あり ・ なし
		⑬ 診断書の傷病名	
上記のとおり相違ありません。		年 月 日	
医療機関の所在地			
名称			
医師の氏名			電話 ( )

◎◎ 記入箇所を訂正する場合は、事業主の訂正押印が必要です。

① 労務に服さなかった期間	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
	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	「あり」の場合は、支給月の「賃金台帳」の写しを添付してください。		
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	支給額	支給額
上記のとおり相違ないことを証明します。		年 月 日	担当者氏名	
事業所の所在地			電話	( )
名称				
事業主の氏名				

【事業主の添付書類等】  
・労務に服さなかった期間(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。  
・労務に服さなかった期間以外の「賃金台帳」と「出勤簿」等の写しを追加でご提出いただく場合があります。

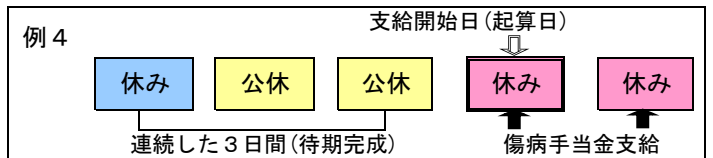
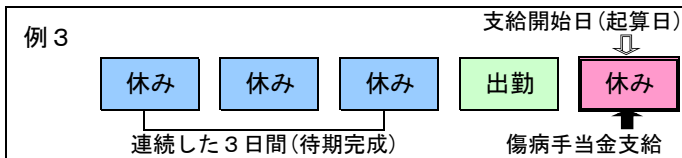
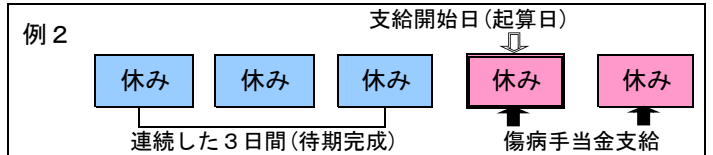
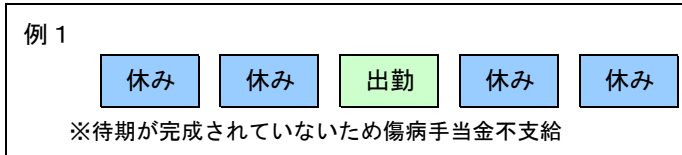
# 傷病手当金の支給要件等

## ■ 支給を受ける条件

被保険者が下記4つの条件すべてに該当しているときは、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  
連続して休んだ場合の4日目から支給対象となります。  
はじめの3日間は「待機期間」といい、傷病手当金は支給されません。

## ★傷病手当金の「待期」と「起算日」



- (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、その日を待機期間の初日として起算されます。  
(注2) 土日、祝日等の公休日も待機期間に算入されます。

## 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等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>

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、資格喪失後も同一（関連）傷病について引き続き支給を受けることができます。なお、退職後に労務可能となった場合、退職後の継続給付は終了します。

## ■ 支給期間と支給額

### 1. 支給期間

支給開始日から通算して1年6ヵ月に達する日まで、支給要件を満たした日について支給されます。（※法改正による経過措置あり）  
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」とします。

#### ※令和4年1月1日施行の法改正による経過措置

支給開始日が令和2年7月1日以前の傷病手当金は支給期間の通算の対象外です。  
そのため、支給期間は支給開始日から継続して最長で1年6ヵ月の期間となります。

### 2. 支給額

1日当たりの金額 = 支給開始日以前の継続した12ヶ月間の標準報酬月額平均額 ÷ 30 × 2/3相当額（1円未満四捨五入）

給与等の支払いがあり、その額が傷病手当金より少ない場合は、傷病手当金と給与等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①②のいずれか低い額の3分の2相当額で計算します。

- ①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額の日額
- ②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、その差額を支給します。

#### ●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る場合でも、同一の傷病等により厚生年金保険の障害厚生（基礎）年金や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（基礎）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。

障害手当金の場合は、傷病手当金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。

#### ●老齢厚生（基礎）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、老齢厚生（基礎）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、老齢厚生（基礎）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傷病で労務不能となった場合、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。