

健康保険 傷病手当金 支給申請書

(第1回目の申請 第2回目以降の申請)

被保険者 (申請者) 記入用

※申請書は『全4ページ』です。A4で印刷し必要な書類を添付の上、ホチキスでとめて申請してください。

被保険者 (申請者の情報)	記号	番号	事業所名称				
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	氏名				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日 <input type="text"/>
	連絡先 住所	(〒)				資格 取得 年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
電話番号 (日中の連絡先)				TEL ()			

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。					
	金融機関 名称	労働金庫			<input type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 本店営業部 <input type="radio"/> 支店	
	店番号	<input type="text"/>	口座番号	<input type="text"/>	右づめで ご記入く ださい。	預金種別 1. 普通
	口座名義	▼カタカナ			口座名義 の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人	

「2」の場合は、必ず以下の欄を記入してください。

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。			年 月 日
	被保険者 (申請者)	氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	代理人 (口座名義人)	住所	(〒) TEL ()	申請者と 代理人との 関係
	氏名	(フリガナ)		

「申請者記入用」は2ページへ続きます。>>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・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

被保険者のマイナンバー記載欄

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

(R4.12)

受付日付印

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1

2

3

4

注意点等

被保険者（申請者）記入用

被保険者記入欄	1 傷病名	1) _____ 2) _____ 3) _____	2 発病 または 負傷 年月日	1) 令和 年 月 日 2) 令和 年 月 日 3) 令和 年 月 日
	3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (発病時の状況) <input type="checkbox"/> 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください(初回のみ)		
	4 療養のため休んだ期間(申請期間)	令和 年 月 日	から	日数
5 あなたの仕事の内容(具体的に) (退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)	_____ _____			

確認事項	1 上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい(全部) <input type="checkbox"/> 2. はい(一部) * 通勤手当(定期代等)も含まれます。 <input type="checkbox"/> 3. いいえ
	2 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい → <input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 2. 請求中 → <input type="checkbox"/> 2. 障害手当金 <input type="checkbox"/> 3. いいえ
	2 - ① 「はい」と答えた場合 受給の要因となった(なる)傷病名、支給開始年月日、年金額をご記入ください。	傷病名 _____ 支給開始年月日 _____ 年 月 日 年金額 _____ 円
	「請求中」と答えた場合 請求の要因となった(なる)傷病名をご記入ください。	名称 _____
	3 (退職後の期間を申請する方のみ、ご回答ください) 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。受給している場合、その名称をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 1. はい → _____ 名称 <input type="checkbox"/> 2. 請求中 → _____ <input type="checkbox"/> 3. いいえ
3 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合 支給開始年月日(見込)、年金額(見込)をご記入ください。	支給開始年月日 _____ 年 月 日 年金額 _____ 円	
4 今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 労災請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ	
4 - ① 「はい」または「労災請求中」と答えた場合 傷病名、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。	傷病名 _____ 支給元(請求先) _____ 労働基準監督署	
▼最終ページ(傷病手当金の)「6. 支給要件について(重要)」を、必ずお読みになりご回答ください。		
5 「6. 支給要件について(重要)」を確認されましたか。 ※ご不明な点は、当健保組合業務部へお問合せください。	<input type="checkbox"/> 1. はい(確認した)	

「事業主記入用」は3ページへ続きます。>>>

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1

2

3

4

注意点等

事業主記入用

事業主が証明するところ

被保険者氏名			
労務に服さなかった期間 (申請期間において)	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	(日間)
上記期間中の報酬有無	<input type="checkbox"/> 全額支給〔令和 年 月 日 から 年 月 日 までの分〕 <input type="checkbox"/> 一部支給〔基本給の一部、各種手当、通勤手当(定期代等)、厚生年金補給金 など〕 <input type="checkbox"/> 支給なし〔通勤手当等を含め、令和 年 月 日 から報酬無し〕		
給与形態等	<input type="checkbox"/> 月給(固定給) <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給	給与締め日と 支払日	_____ 日締 → 当月・翌月 _____ 日支払 残業等： _____ 日締 → 当月・翌月 _____ 日支払
欠勤控除の算出方法 (一部控除があったとき)	[計算式]	欠勤控除分の 精算時期	<input type="checkbox"/> 当月給与 <input type="checkbox"/> 翌月給与 <input type="checkbox"/> その他()
上記期間中の 通勤手当の取扱い	<input type="checkbox"/> 支給していない <input type="checkbox"/> 支給しているが、欠勤分の返金を依頼〔給与で調整等(予定含む)〕 <input type="checkbox"/> 支給しているが、欠勤分の返金依頼や調整は行わない → * * 通勤手当(定期代等)の支給金額と対象期間が確認できる書類を添付願います。		
上記のとおり相違ないことを証明します。 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
事業所所在地			
事業所名称			
事業主氏名 _____ 電話 (_____)			

- ※ 第1回目の申請の場合、申請期間の「出勤簿と賃金台帳の写し」を添付してください。
- ※ 第2回目以降の申請で、申請期間の報酬の支払いが無い場合は「出勤簿と賃金台帳の写し」の添付は不要です。
- ※ 退職後の申請期間にかかる事業主の証明は不要です。

「療養担当者(医師)記入用」は4ページへ続きます。>>>

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1

2

3

4

注意点等

療養担当者記入用

療養担当者(医師)が意見を記入するところ	患者氏名 (被保険者名)									
	傷病名 <small>※レセプトに記載の主傷病 ならびに関連傷病を (1)からご記入ください。</small>	(1)	療養の給付 開始年月日 (初診日)		(1) 令和	年	月	日		
		(2)			(2) 令和	年	月	日		
		(3)			(3) 令和	年	月	日		
	発病(負傷) の年月日	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病(負傷) の原因			
	① 労務不能と 認められた期間	令和	年	月	日	から	①の期間中の 診療実日数	日間		
令和		年	月	日	まで	() 日間				
①の期間のうち 入院した期間	令和	年	月	日	から	転帰	令和	年	月	日
	令和	年	月	日	まで		<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医			
①の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、投薬有無、検査結果、療養指導」等について										
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										
上記のとおり相違ありません。 年 月 日(※)										
医療機関の所在地										
医療機関の名称										
医師の氏名 電話 ()										

※ 療養担当者(医師)の意見記入日は、「①労務不能と認められた期間」以降に診察を行った日以降の日付であることを要します。

次のページに必要書類等について案内があります。>>>

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1. 申請のめやす

概ね一カ月単位で申請願います。〈給料等に代わり、生活費を補償する保険給付のため〉

※傷病手当金の申請期間中に出産手当金も申請する方は、労金健保へ事前に連絡願います。

2. 添付書類について

注) 写しと指定していない書類は原本が必要となります。

該当する状況	申請書に添付が必要な書類
申請期間中に 障害厚生年金、障害手当金を受給する方 〔①または②、及び③、④を添付〕 〔初回申請時のみ〕	①「障害厚生年金証書」の写し ②「障害手当金決定通知書等」の写し ③「支給額と支給開始年月日が確認できる書類」の写し ④直近の「年金振込通知書」の写し
傷病名がケガなどの外傷性の場合 〔初回申請時のみ〕	「負傷原因届」
資格喪失後の申請期間中に 老齢または退職を事由とした老齢厚生年金等を受給する方 〔初回申請時のみ〕	①「支給額と支給開始年月日が確認できる書類」の写し ②直近の「年金振込通知書」の写し
傷病手当金との調整対象になっている年金額に変更があった場合	「年金額改定通知書」の写し
被保険者が亡くなって、被扶養者に認定されていた人以外の相続人が申請する場合	被保険者の法定相続人であることが確認できる「戸籍謄本等」の写し

3. 給付金の支給時期

振込処理は月2回(原則5日と20日)、事前に支給決定通知書を送付します。

なお、審査に時間を要する場合がありますので、ご了承ください。

4. 支給要件について(概要)

次の要件を全て満たすことが必要です。

- (1) 業務災害以外の事由による傷病であること。
- (2) 療養のため、労務不能であること。
- (3) 3日間連続して仕事を休み(待期間)、4日目以降も療養のため労務に就いていないこと。
- (4) 給与(報酬)の支払いがないこと。

※給与の支払いがあっても傷病手当金の支給日額より少ない場合は、その差額が支給されます。

5. 支給期間と金額

(1) 支給期間

支給が始まった日(支給開始日)から、支給期間(実際に支給された期間)を通算して1年6カ月。

(2) 支給金額(1日当たり)

$$\text{【支給開始日の以前12カ月間の各標準報酬月額を平均した額(※)】} \div 30 \text{日} \times \frac{2}{3}$$

※支給開始日の以前の期間が12カ月に満たない場合は、次のいずれか低い額を使用して計算。

- ① 支給開始日の属する月以前の継続した各月の標準報酬月額の平均額。
- ② 支給を始める日の属する年度の前年度の9月30日における全被保険者の標準報酬月額の平均。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

6. 支給要件について(重要)

健康保険組合(保険者)が、被保険者に対して傷病手当金を支給する際には、幾つかの要件を確認する必要がありますが、特に以下については、重要な要件となりますので予めご留意願います。

《支給要件の一つ》

◎ 「療養のため労務に服することができないこと」とは

病気やケガで病院へ入院したり、自宅で安静にしたりしていなければならないため、今までと同じ仕事ができない状態であることを言います。

また、一般的に「療養のため」とは、病気の治癒のための治療と養生をいい、療養には適切な医療機関への受診や服薬の管理等が必要です。

このため、傷病手当金を申請する際には、次の①②の内容を満たしたうえ、申請を行ってくださいますようお願いいたします。

① 概ね一カ月単位で申請願います。

→ 給料の代わりとなる休業補償であるため。

② 一カ月に最低1回以上、医師の診療を受け、申請期間の最終日以降に医師から意見の記入を受けてください。

→ 一カ月以上も医師の診療を受けない状況は、保険者として「療養のため労務に服することができない」とは判断できかねます。また、医師が薬による治療を必要とし処方箋を交付しているにもかかわらず、調剤薬局で薬を受け取らない場合や、服薬の用法・用量を守らない場合も同様です。

なお、原則として入院加療中等止むを得ない場合を除き、少なくとも上記①②の内容を満たしていない申請にあっては、「療養のため労務に服することができない」状況であるとは判断できないことから、当該申請については『不支給』となる場合がありますので、ご注意願います(支給後に支給要件を満たしていないことが判明した場合は支給額を返納していただくことがあります)。

[提出先・お問い合わせ先]

〒101-0052

東京都千代田区神田小川町3-20 第2龍名館ビル4階

全国労働金庫健康保険組合 業務部

TEL 03(5217)3162