

# 傷病手当金を請求するとき

被保険者が病気やケガのために働くことができず、十分な給料を受けられないときは、その間の生活を保障するために傷病手当金を請求することができます。

## 支給を受ける要件

傷病手当金は、次の4つの条件をすべて満たしたときに支給されます

- ① 業務外の事由による病気やケガの療養のための休業であること
- ② 仕事に就けないこと（医師の労務不能の証明が必要です）
- ③ 連続する3日間を含み4日以上仕事に就けないこと
- ④ 休業した期間について給与の支払いがないこと

## 支給される金額

1日につき、直近12ヶ月の標準報酬月額の平均額を30で割った額の2/3相当額が支給されます

※ 被保険者期間が1年未満の方は次のいずれかの低い額を30で割った額の2/3相当額となります。

- ・被保険者期間の標準報酬月額の平均額
- ・当健保の前年度9月30日における全被保険者の標準報酬月額の平均額

ただし、次の場合には傷病手当金が支給停止（差額支給）されます。

- ①出産手当金が支給される場合、②資格喪失後に老齢年金が受けられる場合、  
③障害厚生年金または障害手当金が受けられる場合、④労災の休業補償給付が受けられる場合

## 支給される期間

傷病手当金が支給される期間は、支給されることになった日から最長1年6ヶ月です

1年6ヶ月分支給されるということではなく、1年6ヶ月の間に仕事に復帰した期間があり、その後再び、同じ病気やケガにより仕事に就けなくなった場合でも、復帰していた期間も1年6ヶ月に算入されます。支給開始日から1年6ヶ月を超えた場合は、同じ病気やケガにより仕事に就くことができない状態が続いているとしても傷病手当金は支給されません。

## ◆ 申請書類 「傷病手当金請求書」

※ 証明欄に療養を担当している医師の証明が必要です。

医師の証明日は労務不能と認めた期間以降の日付であることが必要です。

診断書では傷病手当金の請求はできません。

## ◆ 請求期限 労務に服さなかった日ごとにその翌日から2年以内

## ◆ 添付書類 以下に該当する方はご提出ください

- |                     |               |
|---------------------|---------------|
| ・ 障害厚生年金の給付を受けている場合 | ⇒ 年金給付額がわかる書類 |
| ・ 老齢退職年金の給付を受けている場合 | ⇒ 年金給付額がわかる書類 |
| ・ ケガ（外傷性のもの、骨折等）の場合 | ⇒ 負傷原因届       |
| ・ 第三者による傷病の場合       | ⇒ 第三者行為による傷病届 |

## ◆ 提出方法 被保険者本人⇒箇所担当者⇒健康保険組合（任意継続被保険者を除く）

必ずご捺印ください。

健康保険

## 傷病手当金請求書

(第

平成

年

月

日)

業務内容は必ずご記入ください。

提出

被保険者証記号	番号	被保険者氏名	健保 太郎	健保	事業所名称	日産化成株式会社
10	12345	昭和 平成 50 年 1 月 1 日生			業務内容	営業職
被保険者の住所	〒 000-XXXX 電話 03 ( 0000 ) XXXX 東京都中央区日本橋×-×-× ○○パーク 1234					
被保険者名記入欄	傷病名	急性心筋梗塞			発病の状態 負傷の原因 (詳しく記入)	自宅で夕食後に発症し 救急搬送された
療養のため休んだ期間は、 公休・年休を含めた期間を ご記入ください。	①療養のため 休んだ期間 (公休年休含む)	平成 29 年 12 月 21 日から 平成 30 年 1 月 20 日まで	( 31 日間)	発病または 発症年月日	平成 29 年 12 月 20 日	
給付を受けている場合には 必ずご記入ください。 (添付書類もご提出ください。)	年金・手当金 受給状況	<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 老齢年金	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> はい	受給原因となった傷病名 年額		円
受取方法	在籍中の方	年金等を受けていない方は 「いいえ」に☑を入れてください。				
退職後の方 (任意継続者は記入不要)	銀行名	支店名	口座名義(カナ)	種別	口座番号	
在職中の方は必ずご署名・ご捺印ください。	健保 太郎					
療養を担当した	傷病名	発病(負傷)				
療養給付開始年月日	平成 年			原則として、初回申請時は労務不能で休業を開始した日から証明 を受けてください。 (初回の傷病手当金の支給は、待機期間終了後の4日目からの 支給となるため、待機期間についても証明が必要。ただし同一傷 病で私傷病見舞金を受けている場合を除く)		
①労務不能と 認めた期間	平成 年 平成 年					
①の期間のうち 入院した期間	平成 年 平成 年 月 日まで			転居	治癒・継続・中止・転医	
な症状および経過 投薬内容、療養指導等				記載のとおり相違ありません。 平成 年 月 日		
症状経過からみて労務不能と認められた医学的な所見				医療機関の 所在 名称 医師 電話 ( )		
事業主の 証明欄	①労務不能と 認めた期間 (年休・公休を含む)	平成 29 年 12 月 21 日から 平成 30 年 1 月 20 日まで	( 31 日間)	左記のとおり相違ありません。 平成 30 年 1 月 31 日		
	上記のうち 報酬を支払わ なかつた期間	平成 29 年 12 月 21 日から 平成 30 年 1 月 20 日まで	( 31 日間)	事業所の 所在地 東京都中央区日本橋○-○-○		
	私傷病見舞金等 支給状況 および支給期間	<input type="checkbox"/> 支給実績あり⇒傷病名 <input checked="" type="checkbox"/> 支給実績なし 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	( 日間)	事業所の 名称		
<p>事業所が私傷病見舞金等を支給していた場合 には、証明欄に記載してください。 休業が確認できる書類(出勤簿・勤務表など)を 添えて健保組合までご提出ください。</p>						
<p>&lt;健保組合記入欄&gt; 標準報酬 日額 日数 支給期間 円 円 日 年 月 日～ 年 月 日 円</p>						
常務理事	事務長	担当者	日産化学健康保険組合			

※ 医師等の意見記入日は、労務不能と認めた期間以降の日付であることを要します。