

## 記入見本

被保険者が病気やケガの治療のため労務不能になり、給料の支払を受けることができない、又は減額されたときには、傷病手当金が被保険者と家族の生活を守るために支給されます。  
傷病手当金は、つづけて3日以上休んだときに4日目から、通算して1年6か月間支給されます。支給金額は、傷病手当金として傷病手当金支給基準額（傷病手当金支給開始月以前の直近の継続した12月間の平均の標準報酬月額 $\times$ 30分の1）の3分の2相当額、傷病手当金付加金として傷病手当金支給基準額の85%から傷病手当金の額を差し引いた額です。

### 病気やケガで働けないとき－傷病手当金

|                          |  |  |
|--------------------------|--|--|
| 支給条件                     | <p>①業務外の病気やケガのための療養中であること(自宅療養でもよい)</p> <p>②療養のために、今までやっていた仕事につけなかったとき</p> <p>③つづけて3日以上休んだとき(傷病手当金は、引き続き3日間の待期間をおき、4日以上休んだ場合に、4日目から支給)</p> <p>④給料等をもらえない、又は、傷病手当金+傷病手当金付加金の額より少ないとき</p>  |  |
| 支給額<br>[2016年4月<br>1日改正] | 傷病手当金  | 傷病手当金支給基準額(傷病手当金支給開始月以前の直近の継続した12月間の平均の標準報酬月額の30分の1)の3分の2相当額/1日(50銭未満は切り捨て、50銭以上1円未満の端数は1円に切り上げ) |
|                          | 傷病手当金付加金   | 傷病手当金支給基準額の85%－傷病手当金の額/1日<br>(傷病手当金支給基準額の85%の端数処理⇒50銭未満は切り捨て、50銭以上1円未満の端数は1円に切り上げ)               |
|                          | <p>①同時に報酬・出産手当金・障害厚生年金(障害基礎年金)が支給される場合で、傷病手当金と傷病手当金付加金の合計額の方が高額なときは、その差額が支給される(複数の支給が行われる場合も、傷病手当金と傷病手当金付加金の合計額と次に高額な支給額との差額が支給される)。また、報酬・出産手当金・障害厚生年金(障害基礎年金)の額が、傷病手当金より多いため、傷病手当金の支給が停止されている場合も、傷病手当金と傷病手当金付加金の合計額の方が高額なときは、その差額が支給される。</p> <p>②障害手当金が支給される場合は、傷病手当金の合計額が障害手当金の額に達するまでの間、傷病手当金の支給が停止される(その間、傷病手当金付加金のみが支給される)。</p> <p>③任意継続被保険者及び資格喪失後継続して傷病手当金を受給している者が、老齢又は退職を支給事由とする老齢厚生年金等を受けられるようになったときは、傷病手当金は支給されない。<br/>但し、その老齢厚生年金等の合計額の360分の1の額が、傷病手当金と傷病手当金付加金の合計日額より少ない場合は、その差額が健康保険より支給される。</p> |  |
| 支給期間                     | <p>同一の病気やケガによる支給開始日から通算して1年6か月間支給。</p> <p>同一の病気やケガ → 1回の病気やけがであって治癒するまで。<br/>治癒 → 社会通念上、治癒したものと認められ、症状が認められず相当期間就業した後、同一病名の病気が再発したときは別の病気とみなされ、傷病手当金は支給される。(受給中止後の症状、経過、就業状況等により判断)</p>  |  |
| 必要書類                     | <p>①健康保険傷病手当金請求書</p> <p>②障害厚生年金又は障害手当金が支給されている場合には、障害厚生年金(障害基礎年金)証書のコピー、直近の支給額(障害手当金の場合はその支給)を証明する書類等を添付</p> <p>③老齢厚生年金等が支給されている場合には、年金証書のコピー、年金の額・支給開始年月を証明する書類、直近の支給額を証明する書類等を添付</p>   |  |
| 支給日                      | <p>①20日締め、当月25日支給</p> <p>②5日締め、当月10日支給</p>   |  |
| 請求方法                     | <p>①給与の支給がなくなった賃金期間より請求(生活保障が目的のため、1か月毎＝賃金期間毎に請求)</p> <p>②請求書に保険医の意見を受け、被保険者記入欄に記入(捺印)、事業主の証明を受け提出(請求が資格喪失後の期間のみの場合は、事業主の証明は不要)</p> <p>《事業主》労務に服しなかった期間及び賃金支払状況を証明</p> <p>①第1回目の請求の場合は、待期間確認のため、休業開始日からの勤務状況及び賃金支払状況について証明</p> <p>②第1回目の請求および請求期間中に出勤日・有給休暇が含まれる場合は、確認のため、勤務表のコピーを提出</p> <p>③退職後の期間については、事業主の証明は不要</p>   |  |
| 手続きにおける<br>注意事項          | <p>①資格喪失の前日まで継続して1年以上の被保険者期間を有する被保険者が退職した場合は、支給開始から通算して1年6か月の間で同一の事由で支給条件を満たす場合は、引き続き支給される。(但し、傷病手当金付加金は支給されない。)</p> <p>②健康保険の傷病手当金は、業務外の病気やケガのための療養が対象、業務上あるいは通勤途上の事故や災害による病気やけがのための療養については、労災保険の休業(補償)給付が支給される。</p> <p>③任意継続被保険者として加入中に発生した病気やケガに対しては、傷病手当金は支給されません。</p>   |  |

支給が遅れることとなりますので、該当事項はもれなく記入してください。

### 健康保険傷病手当金請求書(第1回)

|  |  |   |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|
| 健康保険証の<br>記号・番号                                    | 記号<br>1000   | 番号<br>1111111   | 事業所の名称   | 株式会社カネカ                                  |  |
| 資格取得<br>年月日  | 昭和<br>平成 63年 4月 1日   | 生<br>月 年 日<br>昭和<br>平成 40年 9月 1日  | 業務の<br>種 別   | 営業                                       |  |
| 傷病名  | 肺がん  | 休んだ期間をご記入ください。  | 報酬を受けたときはこちら<br>の欄をご記入ください。  | 月 日                                      | 平成<br>令和 4年 2月 1日                          |
| 発病の状態又は負傷<br>の原因                                   | 不詳   |   |  | 第三者行為によ<br>るものですか                        | はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ |
| 傷病又は負傷の療養<br>をするため<br>休んだ期間                        | 令和4年 11月 2日から<br>令和4年 12月 15日まで<br>44日間  | 左記期間中において報酬の<br>全部又は一部を受けたとき<br>又は受けるときその<br>報酬の額及び期間   |  | 令和4年 11月 2日から<br>令和4年 11月 15日まで<br>の分として | 全額 円                                       |
| 障害厚生年金・<br>障害手当金<br>受給の有無                          | 有<br><input checked="" type="checkbox"/> 支給<br>無<br>請求中  | 障害厚生年金・障害手当金が支給されている場合にご記入ください。障害厚生年金<br>(障害基礎年金)証書のコピー、直近の支給額(障害手当金の場合はその支給)を<br>証明する書類等を添付してください。 |  |  | 額  |
| 任意継続被保険<br>者・資格喪失者の<br>方                           | 老齢又は退職を支給事<br>由とする公的年金受給<br>の有無  | 有・無<br>請求中  | 支 給 開 始 年 月 日  | 年 金 証 書 の 記 号 番 号                        | 年 金 額                                      |
| 今回の請求期間における労災保険からの<br>休業補償給付受給の有無                  | 有・無<br>請求中   | 「有」または「請求<br>支給元(請求先)労働   | 資格喪失後に請求される場合にご記入ください。老齢厚<br>生年金等が支給されている場合には、年金証書のコ<br>ピー、年金の額・支給開始年月を証明する書類、直近の<br>支給額を証明する書類等を添付してください。 |  |  |
| 介護保険法サービスを受<br>けたとき                                | 保 険 者 番 号  | 被 保   |  |  |  |
| 支払金融機関<br>の欄<br>(受取を代理<br>人に委任す<br>る場合は委任状<br>も記入) | <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<br>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  | 支 店 名   | 預 金 種 別  | 口 座 番 号                                  | 口 座 名 義 (カタカナ)                             |
|  | 〇〇銀行   | 〇〇●支店   | 普通<br>当座   | 11111                                    | が効ナ ケンゴウ ケツ<br>健康 保                        |
| 委任<br>状  | 被保険者   | 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。  |  | 給付金の受取を代理人に委任する場合<br>のみご記入ください。          |  |
|  | 受取代理人<br>(口座名義人)   | 住所  |  |  |  |
|  |  | TEL(日中連絡先)  |  |  |  |
|  | 氏名   | 続柄  |  |  |  |
| 備考欄  | 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<br>(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。<br>マイナンバー記載の場合は、別<br>途確認書類のご提出が必要に<br>なりますのでご注意ください。                                  |   |  |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>                | 上記記載内容に誤りがないことを確認の上、請求します。   |   |  |  |  |
|  | 令和 4年 12月 19日  | 郵便番号  | 655-0000   |  |  |
|  | カネカ健康保険組合理事 殿  | 被保険者 住 所  | 神戸市...   |  |  |
|  | 提出前に内容を確認の上、確認欄に<br>チェック後、ご提出をお願いします。  | (請求者)の 氏 名  | 健康 保   |  |  |
|  |  | 電話番号  | 078-000-0000   |  |  |
| <input type="checkbox"/>                           | 本申請書の提出を事業主へ委任します(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )。   |   |  |  |  |

事業主経由で提出する場合は、  
にチェックが必要です。

2ページ目に傷病手当金請求期間において療養を担当した医師等の証明を受けてください(診断書による代用は不可)。

3ページ目に事業主から労務不能期間及び賃金支給状況の証明をうけてください(退職後の期間については、不要)。