

傷病手当金

支給申請に必要な書類

申請書は全**4**ページです。

以下の添付書類と合わせて提出して下さい。

印刷設定(両面・片面)の指定はありません。

- 申請書① → 申請者の情報など……申請者(被保険者)が記入
- 申請書② → 申請内容 ……………申請者(被保険者)が記入
- 申請書③ → 事業主記入用…………勤務先で証明を受けてください
- 申請書④ → 療養担当者記入用…医師等に証明を受けてください

【添付書類】

(該当するものすべてを添付してください)

給与(手当)の支給状況の確認	○賃金台帳(写) ○出勤簿(写)
障害年金・障害手当金の給付を受ける方	○障害年金の年金額、支給開始年月日が記載されたもの(写) (年金証書・支給額変更通知書等) ○障害年金の直近の額が分かる通知書(写) (振込通知書・改定通知書等)
退職後の期間の申請をするとき	【失業給付の受給資格がある方】 受給期間延長通知書(写)
	【老齢(退職)年金の受給資格がある方】 ○老齢(退職)年金の年金額、支給開始年月日が記載されたもの(写) (年金証書・支給額変更通知書等) ○老齢(退職)年金の直近の額が分かる通知書(写) (振込通知書・改定通知書等)
労災保険から休業補償を受けている方	休業補償支給決定通知書(写)
被保険者が亡くなれば、相続人の方が請求する場合	被保険者と相続人の続柄が分かる「戸籍謄本」等(写し可)

傷病手当金

支給要件など

被保険者が、病気やケガのために会社を休み、給与を受けられないときの生活保障として支給されます。

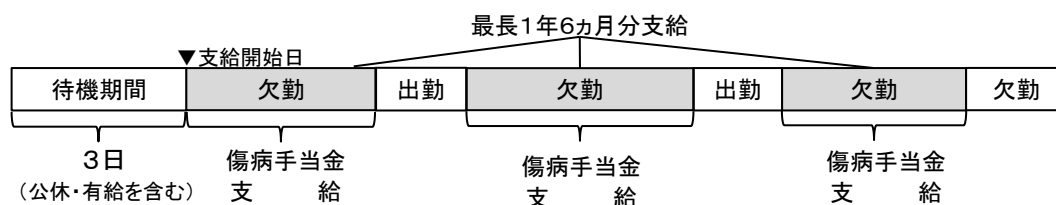
【支給要件について】

次の①～④すべてに該当する場合に支給されます。

- ① 業務外の事由による病気やケガの療養のために休んでいること
- ② 療養のため仕事に就くことができないこと
- ③ 連続して3日間仕事を休み(待機期間)、4日目以降も休んでいること
- ④ 給与を受けられないこと

【支給期間について】

支給開始日から最長で1年6ヵ月分、支給要件を満たしている日について支給されます。



【退職後に継続して傷病手当金を受ける場合】

退職し、健康保険の資格を喪失した場合でも、次の①・②に該当した場合は、引続き支給を受けることができます。

- ① 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年以上あること。
(任意継続被保険者期間は除く)
- ② 資格喪失日の前日(退職日等)に傷病手当金を受けているか受けられる条件にあること。

【支給額について】

○1日あたりの金額

支給開始日の以前12ヵ月間の各標準報酬月額を平均した額 ÷ 30日 × (2/3)

(例) 前1年間の平均標準報酬月額が360,000円の場合の傷病手当金日額は8,000円/日
($360,000 \div 30 \times (2/3)$)

【支給額の調整】

次の①～⑤にあてはまる場合、傷病手当金の一部または全部が調整されます。

- ① 給与(手当)の支払いがあった場合
- ② 同一の傷病等について障害年金または障害手当金の支給を受ける場合
- ③ 老齢(退職)年金を受けている場合(申請期間が退職後のとき)
- ④ 労災保険から休業補償を受けている場合
- ⑤ 出産手当金を同時に受けられるとき

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1

申請者（被保険者）記入

申請者（被保険者）情報	被保険者証 記号番号	—	生年月日			
			昭和 平成	年	月	日
	氏名	(フリガナ)				
	住所	(〒 —) 都道府県				
電話番号	勤務先	—	—	日中（平日）に連絡がつく電話番号を記入してください。		
	携帯・自宅等	—	—			

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所	
	金融機関コード	支店コード		
	預金種別 (該当に○)	普通 当座	口座番号 (左づめ)	ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名・貯金種目・口座番号を記入してください。 店名は、漢数字3桁（一二三など）です。
口座名義	(フリガナ)		口座名義の区分 (該当に○) 被保険者（申請者） 代理人	

代理人の場合は必ずご記入ください。

受取代理人の欄	委任者 (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。			令和 年 月 日
		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)	(〒 —) TEL ()	住所		
	(フリガナ)	氏名			

2ページに続きます。>>>

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 傷病手当金 支給申請書

②

申請者（被保険者）記入

被保険者氏名

申請内容	1 傷病名	2 発病または負傷年月日			令和	年	月	日				
	3 負傷原因 (初回の請求時のみ)	いつ	令和	年	月	日	どこで	何をしていて				
	4 療養のため休んだ期間(申請期間)	令和	年	月	日から	日数	日間	令和	年	月	日まで	
	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 (該当するものに○をつけ、 必要事項を記入して下さい)	1 上記の療養のため休んだ期間 (申請期間)に給与(手当)を受けましたか。 または今後受けられますか。	いいえ	はい									
	「はい」と答えた場合、その額と、支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください。	令和	年	月	日	~	令和	年	月	日	給与(手当)の額	円
	2 「老齢(退職)年金」、「障害年金」または「障害手当金」を受給していますか。	いいえ	はい	請求中(請求予定)	→	老齢(退職)年金 障害年金 障害手当金						
	「はい」または「請求中(請求予定)」と答えた場合、基礎年金番号・支給開始年月日・(障害年金・障害手当金のときは傷病名)を入ください。	基礎年金番号(年金コード)	—	—	支給開始年月日	昭平令	年	月	日	障害年金・障害手当金を受給・請求中(請求予定)の方	傷病名	
	3 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。	いいえ	はい	請求中(請求予定)								
4 (退職した方はご記入ください。) 雇用保険の失業給付についてご記入ください。	受給要件なし	申請予定	申請中	受給中	延長申請済	延長申請予定						
5 介護保険サービスをうけたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名称									

健康保険 傷病手当金 支給申請書 ③

事業主 記入

被保険者氏名

勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ (該当するものに○をつけ、 必要事項を記入して下さい)	1 労務に服さなかった期間 <small>(被保険者の申請期間「支給申請書②の申請内容4」について記入してください。)</small>	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		
	2 1の期間に対する賃金の支給状況	有 無	当該期間の賃金台帳(写)および出勤簿(写)を添付して下さい。(初回は支払いのない場合も添付)	
	3 給与の種類	月給 日給月給	時間給 その他 ()	日給 歩合給
	4 賃金計算	締日	日	支払日 当月 翌月 日
	5 賃金計算方法や欠勤控除方法についてご記入ください。	【例】欠勤1日あたり所定労働日数の1/21を控除。 〇月給与にて通勤手当6ヶ月分(〇~〇月分)支給、△月給与にて調整。.....		
上記のとおり相違ないことを証明する。		令和 年 月 日		
事業所所在地				
事業所名称				
事業主氏名				
電話	()	担当者		

4ページに続きます。>>>

健康保険 傷病手当金 支給申請書

4

療養担当者 記入

療養担当者(医師等)が記入するところ	患者氏名									
	傷病名				診療開始 年月日(初診日)	平成 令和	年	月	日	
	発病または 負傷の原因				発病または 負傷の年月日	平成 令和	年	月	日	
	労務不能と 認められた期間	令和	年	月	日から					
		令和	年	月	日まで				日間	
	うち入院期間	令和	年	月	日から	診療実日数				
		令和	年	月	日まで					
		日間入院							日	
	手術年月日	令和	年	月	日	退院年月日	令和	年	月	日
	療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他				転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医			
上記の期間中における「主たる症状、経過及び治療内容等」 (詳しく記載)										
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。				令和	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	()									