健康保険 傷病手当金 支給申請書

(傷病手当金・傷病手当金付加金)

注意事項

業務外のけが（負傷）・病気による療養のために会社を休み、給料を受けられないときの生活保障として支給されます。

【支給を受ける条件】

次の条件を満たした場合は、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ケガ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）
- ③ 3日間連続して仕事を休み、4日目以降にも休んだ日があること
※3日間連続して休んだことを『待期完成』といいます。
待期完成に要した3日間に対しては傷病手当金は支給されません。
- 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日額より少ない場合は、その差額が支給されます。

＜被保険者資格喪失後に継続して傷病手当金を受ける場合＞

被保険者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き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（任意継続被保険者期間は除く）あること
- ② 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、または受けられる状態（上記支給を受ける条件①～③を満たしている）にあること

【支給期間】

傷病手当金は支給が始まった日（支給開始日）から1年6か月の期間で、支給を受ける条件を満たしている日について支給されます。支給開始日は、実際に傷病手当金の支給が開始された日となります。

【支給額】

1日当たりの金額：【支給開始日以前12か月間の各標準報酬月額を平均した額】÷30日×（2/3）

【傷病手当金の調整】

- ①～⑤にあてはまる場合、傷病手当金の支給額の一部または全部が調整されます。
※傷病手当金を受け取った後に、①～④に該当している事が判明した場合は、傷病手当金をお返しいたいただくことになります。
- ① 給与の支払いがあった場合
- ② 障害厚生年金または障害手当金を受けている場合
- ③ 老齢退職年金を受けている場合
- ④ 労災保険から休業補償給付を受けている場合
- ⑤ 出産手当金を同時に受けられるとき

【添付書類】 ※外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。（翻訳文は翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください。）

支給開始以前の12か月以内で事業所に変更があった方	以前の各事業所の名称、所在地及び各事業所に使用されていた期間がわかる書類
障害厚生年金の給付を受けている方	年金給付額等がわかる書類（以下のすべての書類が必要です） ・障害厚生年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類のコピー ・障害厚生年金給付の額、支給開始年月日を証明する書類および障害厚生年金の直近の額を証明する書類（年金額改定通知書等）のコピー
老齢退職年金の給付を受けている方（資格喪失後に申請する場合）	年金給付額等がわかる書類（以下のすべての書類が必要です） ・老齢退職年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類のコピー ・老齢退職年金給付の額、支給開始年月日を証明する書類および老齢退職年金の直近の額を証明する書類（年金額改定通知書等）のコピー
労災保険から休業補償給付を受けている方	「休業補償給付支給決定通知書」のコピー
ケガ（負傷）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」
喪失後の申請の場合	・資格情報のお知らせのコピー ・日常生活状況等申立書 ・申請期間にかかった医療機関及び薬局の領収書のコピー
被保険者が亡くなり、相続人の方が請求する場合	被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等

健康保険 傷病手当金 支給申請書

(傷病手当金・傷病手当金付加金)

1 2 3 4

被保険者(申請者)記入用

提出日 平成 30 年 4 月 15 日

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	※保険証の上部に記載されています。		生年月日	年	月	日
	氏名・印 (自署の場合は押印 省略できます)	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎	所属	部署名(出向者は出向先の会社名) を記入してください。		
	住所	(〒 485 - 0831)	愛知県小牧市〇〇〇1-〇-〇 △△マンション〇〇〇号室				
	電話番号 (日中の連絡先)	自宅 0568 (××) ××××	携帯 090 (××××) ××××				
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)							

照会	照会等の 同意	私は、本手当の支給に際し、貴保険組合が必要に応じ、担当医、事業主、年金事務所、労働基準監督署、又は他の関係する保険者等に必要な情報を提示すること及び照会することに同意します。また、照会先が貴保険組合に情報を提示することに同意します。なお、この請求書の写しも有効であることに同意します。	氏名	健保 太郎
----	------------	--	----	-------

振込先指定口座	金融機関 名称	〇〇〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7 左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)		口座名義の区分
	ケンポ° タロウ		1 1.申請者 2.代理人	

「2」の場合は必ず記入ください。

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	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。 平成 年 月 日	
	代理人 (口座名義人)	住所	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 ()	委任者と代理人との関係
	氏名 (フリガナ)		

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバー記載欄 **記入不要** 必要です

受付日付印

健康保険 傷病手当金 支給申請書

(傷病手当金・傷病手当金付加金)

1 2 3 4

被保険者(申請者)記入用

申請内容	1 傷病名	1) 左足首捻挫 2) 3)	2 発病 または 負傷 年月日	平成 30 年 2 月 15 日 平成 年 月 日 平成 年 月 日
	3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	1 1. 病気 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください	(発病時の状況) 詳しく記入してください	
	4 療養のため休んだ期間(申請期間)	・初回申請時は実際に休み始めた日から記入してください ・給与計算の締日と合わせて記入してください	(平成) 年 月 日 3 0 0 2 1 6 から 日数 3 0 0 3 3 1 まで 4 4 日間	稼働日ではなく 暦日で記入してください
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)	仕事内容を具体的に記入してください (退職後の申請の場合は在職時の仕事内容を記入)			

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。	1 1. はい 2. いいえ
	1 - ① 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください。	平成 30 年 2 月 1 日 から 報酬額 〇〇〇,〇〇〇 円 平成 30 年 2 月 28 日 まで
	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。	3 1. はい → 1. 障害厚生年金 2. 請求中 → 2. 障害手当金 3. いいえ
	2 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった(なる)傷病名及び基礎年金番号をご記入ください。 〔「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。〕	傷病名 基礎年金番号 年金コード 支給開始 〇昭和 年月日 〇平成 年 月 日 年金額 円
	3 (健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。) 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、その名称ご記入ください。	3 1. はい → 名称 2. 請求中 3. いいえ
3 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください。 〔「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。〕	基礎年金番号 年金コード 支給開始 〇昭和 年月日 〇平成 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	3 1. はい 3. いいえ 2. 労災請求中	
4 - ① 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。	労働基準監督署	
5 過去に同じ傷病名での傷病手当金受給を受けましたか。	2 1. はい → 年 月頃 2. いいえ 約 年 ヶ月間	

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>