

傷病手当金支給申請書記入例

届書コード 6 3 1	健康保険傷病手当金支給申請書 (第 1 回)	
① 被保険者証の記号・番号 千代田 03 01 10 2 0 3 - 1 2 3	② 被保険者の生年月日 昭和 50 03 05	届書種別 01
② 被保険者(申請者)の氏名と印 ケンボ タロウ 健保 太郎	③ 被保険者の資格を取得した年月日 19 年 4 月 1 日	あなたの仕事の内容 3 経理担当事務
被保険者(申請者)の住所 〒105-0000 (7) 郵便番号 〒105-0000 (7) 郵便番号 東京 港区 1-1 △△マンション101	〒105-0000 (7) 郵便番号 〒105-0000 (7) 郵便番号 東京 港区 1-1 △△マンション101	電話 03 (××××) ××××
④ 傷病名 1) 鎖骨骨折 2) 3)	⑤ 発病時の状況を詳しく(負傷の場合は右面を記入してください) 10月5日に私用で買い物に外出中、道路で転倒し、左肩を強打した。	⑥ 第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
療養のため休んだ期間(申請期間) 平成 20 年 10 月 6 日から 平成 20 年 10 月 24 日まで	19 日間	
⑦ 上記④の療養のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。 <input checked="" type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> 今後受ける <input type="checkbox"/> 今後受けない	⑧ 上記⑦で「受けた」(今後受ける)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)期間を記入してください。 平成 20 年 10 月 6 日から 平成 20 年 10 月 10 日まで 0000 円	
⑨ 「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"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金	⑩ 上記⑨で「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)傷病名を記入してください。	
⑪ 上記⑨で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額を記入してください。(「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。)	基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 年 金 額 昭和 平成	
⑫ 資格喪失した方で、その後も継続して傷病手当金を申請する場合、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。 <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中	⑬ 上記⑫で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額を記入してください。(「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。)	基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 年 金 額 昭和 平成
⑭ 労災保険から休業補償給付を受けている期間の傷病手当金の申請ですか。 <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 労災請求中	⑮ 上記⑭で「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元または請求先の労働基準監督署名を記入してください。	支給(請求)労働基準監督署名 労働基準監督署
⑯ 介護保険法のサービスを受けたとき 保険者番号 被保険者番号 保険者名称		

- 被保険者証の記号・番号が数字、漢字ひらがなのどちらの場合でも、左づめで記入してください。
- 被保険者の氏名を記入してください。被保険者が亡くなられて、ご遺族の方が申請する場合は、申請者の氏名を記入してください。②欄の住所も同様です。④の生年月日は被保険者が亡くなられた場合でも、被保険者の生年月日を記入してください。また、被保険者(申請者)本人が氏名を署名した場合は、押印は不要です。被保険者(申請者)以外の方が記入する場合は、押印を省略することはできません。
- 事務員、工員等と記入することなく、「経理担当事務」、「自動車組立」、「プログラマー」等具体的に記入してください。
- 日時、場所、何をしていたとき等、具体的に記入してください。なお、傷病の原因が負傷(ねんざ、打撲、骨折、擦傷、打ち身など)の場合は、④の負傷原因欄を必ず記入してください。(初回申請分のみ)
- ⑩の欄で「はい」と答えた場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは全国健康保険協会各支部にお問い合わせください。(「第三者行為による傷病届」の提出については、同じ傷病における申請の場合、初回申請時のみの提出となります。二回目以降の申請の際は提出不要です。)
- 療養のため労務に服することができなかった期間とその日数(公休日を含む)を記入してください。

添付書類について

- 初回申請時には、労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間とその期間前1ヵ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。役員などで、出勤簿及び賃金台帳がない場合は、役員報酬を支給しないこととする役員会議議事録の写しを添付してください。
- 障害厚生年金の給付を受けている方は、「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写し」及び「障害厚生年金給付の額、支給開始年月を証明する書類及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)の写し」を添付してください。
- 老齢退職年金の給付を受けている方は、「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写し」及び「老齢退職年金給付の額、支給開始年月を証明する書類及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)の写し」を添付してください。
- 労災保険から休業補償給付を受けている方は、「休業補償給付支給決定通知書の写し」を添付してください。
- 第三者による傷病の場合は、「第三者行為による傷病届」を提出してください。
- 被保険者が亡くなられ、遺族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」等を添付してください。ただし、被扶養配偶者が請求者の場合は、「戸籍謄本」等の添付は不要です。
- 証明書等が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。(翻訳文には、翻訳者が署名し、住所及び電話番号を明記してください。)

振 込 希 望 口 座	1 金融機関	① 金融機関コード		② ○ ○		③ 銀行		金庫 ○ ○		店・本店 支店 出張所
	※	支払区分		信連・信漁連		農協・漁協		本所・支所 本店・支店		
	② 預金種別	①:普通 2:当座 3:別段	④ 口座番号	1 2 3 4 5 6 7	④ (フリガナ)	ケンボ	タロウ	口座名義		健保 太郎

① ご希望の振込金融機関について記入してください。

② ③、④の欄は、ご希望の振込金融機関口座の銀行・支店名等及び預金種別を記入してください。ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合は、ゆうちょ銀行と店名(支店名)を必ず記入してください。

③ 口座番号欄は左づめで、大きくはつきりと記入してください。ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の新しい口座番号(7桁)を記入してください。

④ 口座名義の氏名、フリガナを大きくはつきりと記入してください。なお、「口座名義」が被保険者(申請者)と異なる場合は、⑤の「受取代理人の欄」の記入が必要です。

⑤ 給付金の受け取りを代理人に委任する場合は、「受取代理人の欄」に必要な事項を記入してください。受取代理人の欄の被保険者及び受取代理人の印は必ず押印してください。(受取代理人の印は、被保険者の印と別の印鑑で押印してください。)

⑥ 傷病の原因が負傷(ねんざ、打撲、骨折、擦傷、打ち身など)の場合は、「負傷原因記入欄」に必要な事項を記入してください。傷病の原因が病気の場合は記入不要です。

⑦ 負傷した原因が、第三者によるもの場合、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは全国健康保険協会各支部にお問い合わせください。

⑧ 負傷したときの状況をなるべく詳しく(具体的に)記入してください。

給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	⑤ 本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	平成 年 月 日
	住所	
	被保険者(申請者) 氏名	印
受取人情報欄	代理人の氏名と印 (フリガナ)	委任者と代理人との関係
	代理人の住所 (〒 -)	電話 ()

負傷原因記入欄 初回申請時のみ記入してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	⑥ ② 負傷の原因について記入してください。(該当する□にチェック(☑)してください。)	[受診した医療機関]
	[負傷日時・場所等]	
	1. いつケガ(負傷)をしましたか。	7. 診療を受けた医療機関名とその期間等
	平成 20 年 10 月 5 日 (日 曜日)	医療機関名 品川〇〇総合病院
	<input type="checkbox"/> 午前・ <input checked="" type="checkbox"/> 午後 8 時 30 分頃	平成 20 年 10 月 ~ 平成 20 年 10 月 <input checked="" type="checkbox"/> 治癒・ <input type="checkbox"/> 治療中
	2. ケガ(負傷)をした日は次のうちどの日でしたか。	医療機関名
	<input type="checkbox"/> 出勤日・ <input checked="" type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇含む)	平成 年 月 ~ 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 治癒・ <input type="checkbox"/> 治療中
	<input type="checkbox"/> その他 ()	⑧ 負傷したときの状況(原因)を具体的に記入してください。
3. ケガ(負傷)をした時は次のうちどの時間帯でしたか。	日曜日に買い物に出かけ、駅からデパートへ向かう途中に転倒し、左肩を強打した。	
<input type="checkbox"/> 勤務時間中・ <input type="checkbox"/> 通勤途中 (<input type="checkbox"/> 出勤・ <input type="checkbox"/> 退勤)		
<input type="checkbox"/> 出張中・ <input checked="" type="checkbox"/> 私用・ <input type="checkbox"/> その他 ()		
4. ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか。		
<input type="checkbox"/> 会社内・ <input checked="" type="checkbox"/> 道路上・ <input type="checkbox"/> 自宅		
<input type="checkbox"/> その他 ()		
5. ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか。		
<input type="checkbox"/> 交通事故・ <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ)		
<input type="checkbox"/> スポーツ中 (<input type="checkbox"/> 職場の行事・ <input type="checkbox"/> 職場の行事以外)		
<input type="checkbox"/> 動物による負傷 (飼い主 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)		
<input checked="" type="checkbox"/> あてはまらない		
6. 「上記5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。		
相手 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> あなたは被害者		
<input type="checkbox"/> 無		
※相手のいる負傷の場合は、「第三者の行為による傷病届」が必要となります。	9. 被保険者が代表取締役等役員の方の場合	
	労災保険に特別加入していますか。 <input type="checkbox"/> 加入有・ <input type="checkbox"/> 加入無	

社会保険労務士の
提出代行者印

印

平成 20 年 11 月 21 日提出

裏面に傷病手当金の支給要件等について案内があります。

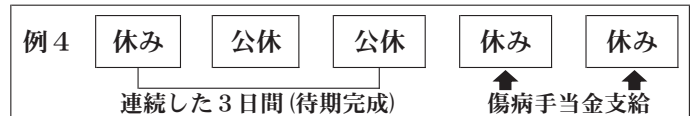
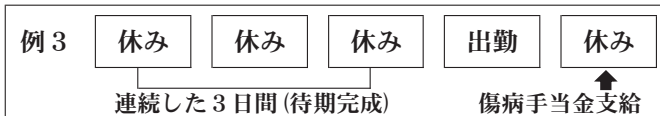
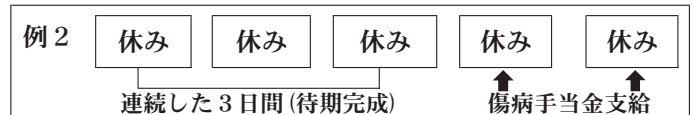
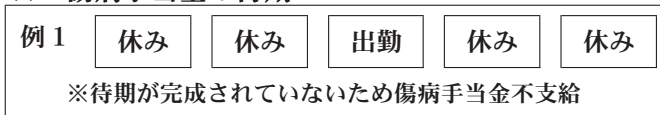
傷病手当金の支給要件等

■ 支給を受ける条件

被保険者が病気やけがの療養のため仕事を休み、給与を受けられないなど、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けが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）
労務不能の判定は、療養担当者（医師等）の意見を基に被保険者の従事する業務の種別を考慮し、本来の業務に耐えられるか否かを基準として行います。
3. 連続する3日間を含み、4日以上労務に服せなかったこと
業務外の事由による病気やけがのため労務に服することができなくなってから休んだ日が連続して3日間あり、4日目以降労務に服せなかった日ごとに支給されます。この連続して休んだ3日間を「待期」といい、待期が完成していないと傷病手当金は支給されません。

★ 傷病手当金の待期



(注1) 就労時間中に業務外の事由で発生した傷病について労務不能となった場合には、その日を待期期間の初日として起算されます。

(注2) 土日、祝日の公休日も待期期間中に算入されます。

4. 給与（報酬）の支払いがないこと

休んだ期間について、給与の支払いがない場合に支給されますが、給与の支払いがあっても傷病手当金の額より少ない場合は、その差額が支給されます。

<資格喪失後の継続給付について>

被保険者の資格を失った場合でも、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年以上あり、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、受けられる状態（上記1～3の条件を満たしている）であれば、資格喪失後も引き続き支給を受けることができます。

■ 支給期間と支給額

1. 支給期間

傷病手当金は支給開始日から最長で1年6ヵ月の期間で、支給要件を満たした期間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で、これを起算日としています。例えば、労務不能のため仕事を休み3日間の待期を完成して、4日目も労務不能のため仕事を休み、給与（報酬）の支払いを受けない場合は、4日目から支給され、その日が起算日となります。

また、給与（報酬）の支払いを受けることにより傷病手当金の支給を受けることができなかった場合には、給与の支給がなくなった、または傷病手当金の額より少ない額の給与が支給されるに至った日から傷病手当金の支給が開始され、その支給開始日が起算日となります。

2. 支給額

傷病手当金の支給額は、1日につき標準報酬日額の3分の2に相当する額（1円未満四捨五入）です。標準報酬日額は、標準報酬月額額の30分の1に相当する額（10円未満四捨五入）です。給与の支払いがあっても、その給与が傷病手当金の額より少ない場合は、傷病手当金と給与の差額が支給されます。

● 出産手当金を同時に受けられるとき

傷病手当金と出産手当金を同時に受けられる場合は、出産手当金の支給が優先し、その間、傷病手当金は支給されません。

● 障害厚生年金または障害手当金を受けるようになったとき

傷病手当金を受けられる期間が残っていた場合でも、同一の傷病等による厚生年金保険の障害厚生年金か障害手当金を受けようになったときは、傷病手当金は打ち切られます。ただし、障害厚生年金の額（同一支給事由の障害基礎年金が支給されるときはその合算額）の360分の1が傷病手当金の日額より低い場合は、その差額が支給されます。また、障害手当金の場合は、傷病手当金の額の合計額が障害手当金の額に達することとなる日までの間、傷病手当金は支給されません。

● 老齢退職年金を受けるようになったとき

退職後に傷病手当金の継続給付を受けている方が、老齢退職年金を受けるときは、傷病手当金は支給されません。ただし、老齢退職年金の額の360分の1が傷病手当金の日額より低い場合は、その差額が支給されます。

● 労災保険から休業補償給付を受けているとき

労災保険から休業補償給付を受けている期間に、業務外の理由による病気やけがのために労務不能となった場合は、その期間中傷病手当金は支給されません。ただし、休業補償給付の日額が傷病手当金の日額より低い場合は、その差額が支給されます。