

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書 記入の手引き

業務外のケガ(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。

申請書は4ページです。漏れなく正確にご記入ください。

## 申請者情報、申請内容

被保険者ご自身または、被保険者が亡くなった場合は相続人の方がご記入ください。

1/4ページ

2/4ページ

## 事業主の証明

事業主に記入を依頼してください。

3/4ページ

## 療養担当者の意見書

担当医師に記入を依頼してください。

4/4ページ

## 添付書類をご用意ください。

以下に当てはまる場合や、変更があった場合に添付いただくもの。(コピーと指定していないものは、原本が必要です。)

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 支給開始日以前の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)<br>・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<br>・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<br>(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)<br>・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<br>・老齢退職年金給付の額、支給開始年月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」<br>詳しくは協会けんぽ都道府県支部にお問い合わせください。   |
| 被保険者が亡くなられ、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  |

※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および電話番号を明記してください。)

次ページに記入例があります。➔

ご提出・お問い合わせ先

保険証に記載されている協会けんぽ都道府県支部に郵便でご送付ください。(窓口でも受け付けます)  
\*各支部の所在地・電話番号などは、協会けんぽホームページをご覧ください。



協会けんぽ

検索

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、被保険者ご本人によるフルネームの署名または押印が必要です。

△△△△協  
TEL 03(XXX)XXXX

## 健康保険 傷病手当金 支給申請書(第 1 回)

被保険者記入用

傷

記入方法および添付書類等については、「健康保険 傷病手当金 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。  
申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入してください。

記入見本 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | アイウ

**1** 被保険者情報

|                                |    |   |   |    |     |
|--------------------------------|----|---|---|----|-----|
| 記号                             | 番号 | 生年月日  | 年 | 月  | 日   |
| 21700023                       | 21 | 昭和  | 6 | 11 | 022 |
| (フリガナ) キョウカイ タロウ               |    | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成                                 |   |    |     |
| 氏名・印<br>協会 太郎                  |    | 自署の場合は押印を省略できます。<br> |   |    |     |
| 住所<br>(〒105-0000) 東京 港区 〇〇 1-1 |    | 電話番号<br>(日中の連絡先) TEL 090 (XXXX)XXXX<br>△△マンション101   |   |    |     |

**2** 振込先指定口座

|        |                        |         |         |              |                     |
|--------|------------------------|---------|---------|--------------|---------------------|
| 金融機関名称 | 銀行 〇〇〇〇                | 金庫 〇〇〇〇 | 信組 〇〇〇〇 | 本店 〇〇〇〇      | 支店 〇〇〇〇             |
| 預金種別   | 1 普通 3 別段<br>2 当座 4 通知 | 口座番号    | 1234567 | 左づめでご記入ください。 |                     |
| 口座名義   | キョウカイ タロウ              |         |         | 口座名義の区分      | 1 1. 被保険者<br>2. 代理人 |

▽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。)

**3** 受取代理人の情報

|             |                                |                |          |
|-------------|--------------------------------|----------------|----------|
| 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。 |                | 平成 年 月 日 |
| 氏名・印        | 住所                             | 「被保険者情報」の住所と同じ |          |
| 代理人 (口座名義人) | 住所                             | TEL            | 被保険者との関係 |
| 氏名・印        | (フリガナ)                         |                |          |

「被保険者記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

**4** 被保険者のマイナンバー記載欄

(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です) マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

社会保険労務士の提出代行者記載欄

株式会社 協会太郎

株式会社 〇〇〇〇〇〇

〒105-0000 東京 港区 〇〇 1-1

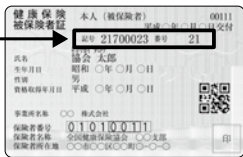
TEL 090-XXXX-XXXX

受付日付印 (29.7)

全国健康保険協会 協会けんぽ

### 記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください)

**1** 記号・番号は、保険証に記載されています。



**2** 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所・振込口座も同様です。)

※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

**3** ゆうちょ銀行の口座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、振込専用の店名(漢数字3文字)・預金種目・口座番号をご記入ください。

|        |                              |        |         |
|--------|------------------------------|--------|---------|
| 金融機関名称 | ゆうちょ                         | 店名(漢字) | 二三八     |
| 預金種別   | 1 1. 普通 3. 別段<br>2. 当座 4. 通知 | 口座番号   | 1234567 |
| 口座名義   | キョウカイ タロウ                    |        |         |

**4** 被保険者のマイナンバー記載欄は、被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。

- マイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です。\* 貼付台紙に㊦㊧どちらも貼付のうえ、申請書に添付してください。
- ㊦ 身元確認を行うための書類(いずれか1点)
- 被保険者の個人番号カード(表面)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー
- ㊧ 番号確認を行うための書類(いずれか1点)
- 被保険者の個人番号カード(裏面)のコピー、個人番号通知のコピー、被保険者の個人番号が記載された住民票が住民票記載事項証明書

※行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

被保険者記入用

被保険者氏名 **協会 太郎**

|      |  |   |       |  |
|------|--|---|-------|--|
| 申請内容 | 1 傷病名<br>1つの記入欄に複数の傷病名を記入しないでください。           | 1) 鎖骨骨折<br>2)<br>3)                         | 2 初診日 | 平成 29 年 4 月 22 日<br>平成 年 月 日<br>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。                 |   |       |  |
|      | 2 1. 病気 (発病時の状況)<br>2. ケガ → 負傷原因図を併せてご提出ください |   |       |  |
| 5    | 4 療養のため休んだ期間(申請期間)                           | (平成) 年 月 日<br>29 04 22 から 日数<br>29 05 12 まで | 21 日間 |  |
| 6    | 5 あなたの仕事の内容(具体的に)<br>(退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)   | 経理担当事務                                      |       |  |

|   |   |  |                       |         |
|---|---|--|-----------------------|---------|
| 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<br>2. いいえ  |                       |         |
|   | 1-1 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の対象となった(なる)期間をご記入ください。   | 平成 29 年 4 月 16 日 から 報酬額 ○○○○ 円<br>平成 29 年 5 月 15 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<br>2. 請求中<br>3. いいえ                                      | 1. 障害厚生年金<br>2. 障害手当金 | 「はい」の場合 |
|   | 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等をご記入ください。<br>(「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<br>基礎年金番号<br>年金コード<br>支給開始年月日 □ 昭和 年 月 日 □ 平成 年 月 日<br>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。                      | 3 1. はい<br>2. 請求中<br>3. いいえ   |  | 「はい」の場合               |         |
| 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。<br>(「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみをご記入ください。) | 基礎年金番号<br>年金コード<br>支給開始年月日 □ 昭和 年 月 日 □ 平成 年 月 日<br>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<br>2. 労災請求中<br>3. いいえ   |  | 「はい」の場合               |         |
| 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               |         |

「健康保険傷病手当金支給申請書記入の手引き」の添付書類を「用意ください」および「支給期間と支給額」をご確認ください。

様式番号

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

「事業主記入用」は3ページに続きます。▶▶▶

全国健康保険協会  
協会けんぽ

2 / 4

## 記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください)

- 5 ご記入いただいた申請期間に対応する期間について、事業主の証明と療養担当者の意見をいただけてください。
- 6 お仕事の内容は、事務員などではなく、「経理担当事務」「自動車組立」「プログラマー」など具体的にご記入ください。  
(退職後の申請の場合は、在職時のお仕事の内容をご記入ください。)

# 傷病手当金の支給要件等

## 支給を受ける条件

被保険者が病気やケガ(負傷)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)

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 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』と言います。  
なお、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。

【待期完成の考え方】 ※凡例 休:無給休暇 有:有給休暇 公:土日祝等の会社で定められた休暇 出:出勤

例1) 3日間連続して仕事を休んだ場合 ⇒ ○:待期完成



例2) 3日間連続して仕事を休んでいない場合 ⇒ ×:待期未完成



例3) 出勤を挟み、その後3日間連続して仕事を休んだ場合 ⇒ ○:待期完成



例4) 公休日・有休日を含んで3日間連続して仕事を休んだ場合 ⇒ ○:待期完成



(注1) 勤務時間中に業務外の事由による傷病のため仕事につけなくなり、その後の仕事を休んだ場合は、その日を含め3日間連続して休むと待期が完成します。

### 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。

※下記「支給期間と支給額」2「支給額」参照

### <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>

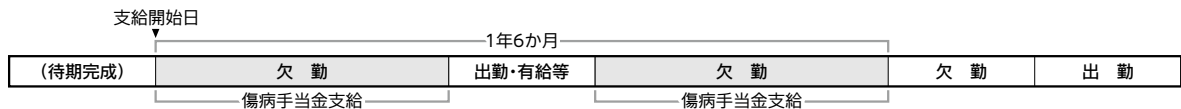
被保険者の資格を喪失した場合でも、次の①・②に該当した場合は引き続き支給を受けることができます。

- 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

## 支給期間と支給額

### 1 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。



### 2 支給額

1日当たりの金額:【支給開始日の以前12か月間の各標準報酬月額を平均した額】(※)÷30日×(2/3)  
(支給開始日とは、一番最初に傷病手当金が支給された日のことです。)

- (※)支給開始日の以前の期間が12か月に満たない場合は、
- ①支給開始日の属する月以前の継続した各月の標準報酬月額の平均額
  - ②28万円(当該年度の前年度9月30日における全被保険者の同月の標準報酬月額を平均した額)
- ①と②を比べて少ない方の額を使用して計算します。

### 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。

#### ①給与の支払いがあった場合

休んだ期間について、給与の支払いがある場合、傷病手当金は支給されません。ただし、休んだ期間についての給与の支払いがあってもその給与の日額が、傷病手当金の日額より少ない場合、傷病手当金と給与の差額が支給されます。

#### ②障害厚生年金または障害手当金を受けている場合

同一の傷病等による厚生年金保険の障害厚生年金または障害手当金を受けている場合、傷病手当金は支給されません。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少ない場合は、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。

#### ③老齢退職年金を受けている場合

資格喪失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ている場合、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少ない場合は、その差額が支給されます。

#### ④労災保険から休業補償給付を受けている場合

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でも、別の理由で労災保険から休業補償給付を受けている期間中は、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少ないときは、その差額が支給されます。

#### ⑤出産手当金を同時に受けられるとき

傷病手当金の額が出産手当金の額よりも多ければ、その差額を支給することになります。

※なお、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だくこととなります。