

2024年健康保険委員研修資料 (傷病手当金申請書記入上の注意点)

目次

1. 傷病手当金について2P~11P
2. 申請書の様式の注意点(傷病手当金)12P~20P
3. その他21P~23P

1. 傷病手当金について

傷病手当金とは

傷病手当金は、病気休業中の被保険者の生活を保障するために設けられた制度です。業務外の病気やけがによる療養のために会社を休み、事業主から報酬が受けられない場合に支給されます。

下記の要件を、すべて満たした場合に受給できます。 ※ 被保険者のみが対象です。（任意継続被保険者は除きます。）

① 病気やケガで療養中であること

業務外の事由によること。業務に起因する場合は健康保険の対象外のため、労働基準監督署にご相談ください。

② 仕事に就けないこと（労務不能）

医師が仕事に就けない状態であると認めていること。
労務不能と認められる期間であれば、入院中のみでなく通院を含む自宅療養でも構いません。

③ 4日以上仕事を休んでいること

初めの3日間は連続していることが必要です。
連続した3日間は待期期間となり、傷病手当金は支給されません。

④ 給与の一部または全部が支払われないこと

会社から給与が支払われている間は、傷病手当金は支給されません。ただし、支払を受けた給与の日額が傷病手当金の日額より少ないときは、その差額が傷病手当金として支給されます。

傷病手当金の支給金額

休業1日につき次の金額が休業の4日目から支給されます。

1日あたりの支給金額の算出

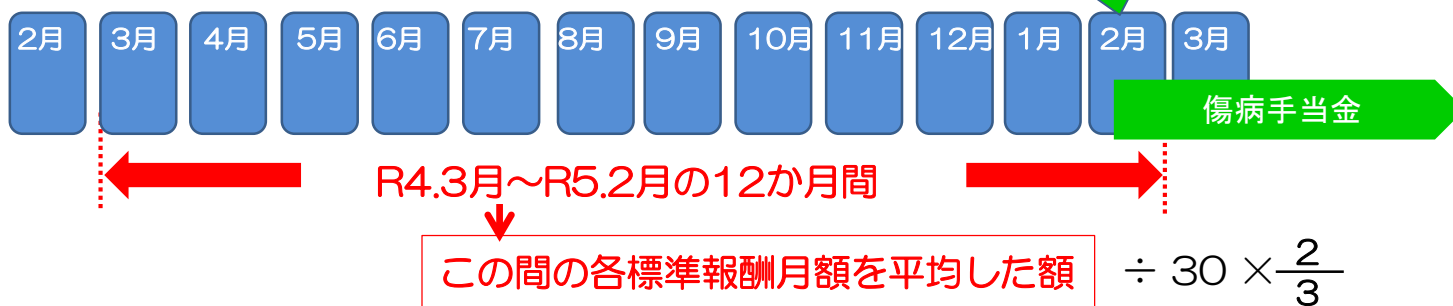
支給開始日の月以前の継続した
12か月間の各標準報酬月額を平均した額

(※)

$$\div 30 \times \frac{2}{3} = \text{1日当たりの支給金額}$$

(10円未満四捨五入) (1円未満四捨五入)

(例) 令和5年2月4日支給開始の場合



(※) 支給開始日以前の被保険者期間が12か月に満たない場合

➡ 次のA、Bを比べていずれか低い金額で算定します

A 支給開始日以前の継続した各月の標準報酬月額を平均した額

B 前年度9月30日における全被保険者の標準報酬月額を平均した額
(R5年度は30万円)

傷病手当金の支給期間

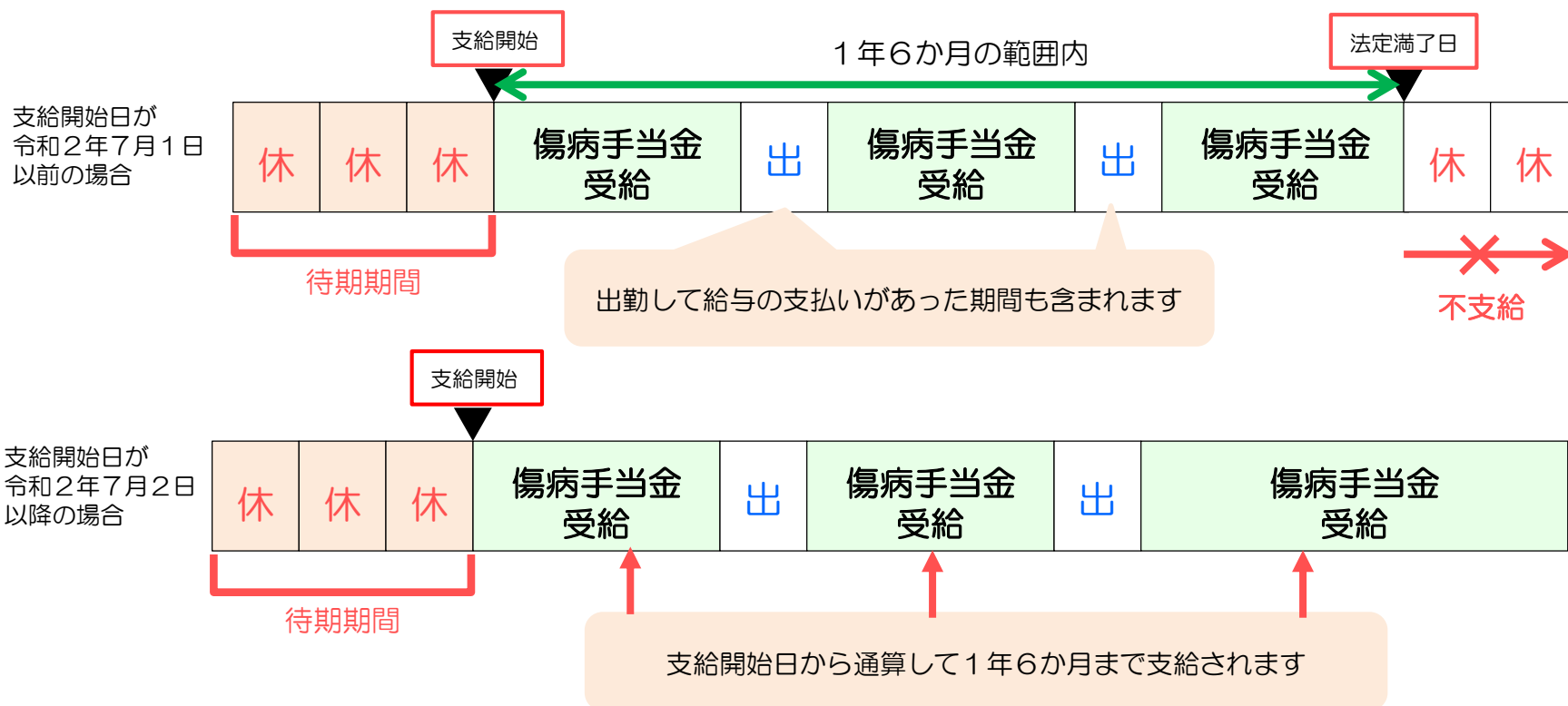
〈 令和4年1月1日施行 〉

令和4年1月1日施行「全世代対応型の社会保険制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」により、支給期間の見直しが行われました。

支給期間は、支給開始日から **通算して 最長1年6か月**に変わりました。

※ 途中に出勤等で支給対象外の期間があった場合は、支給期間に含まれません。

支給開始日が令和2年7月1日以前の場合は、見直し前と変わらず、支給を始めた日から最長1年6か月です。

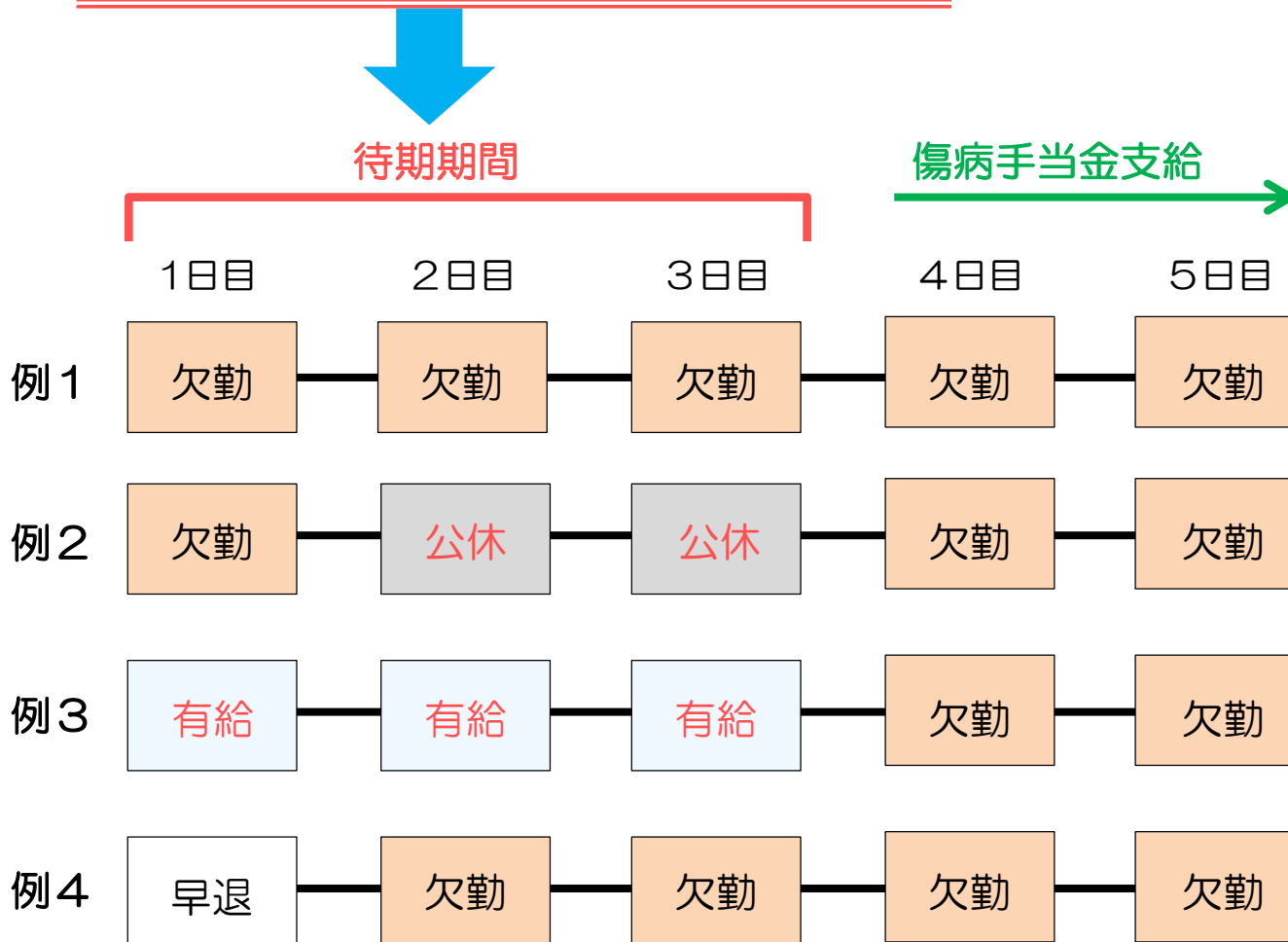


傷病手当金の待期期間

Q. 有給休暇や公休日は待期期間とすることができますか。

A. **有給休暇、公休日も待期期間とすることができます。** ※ 医師による労務不能の意見が必要

例1～4はすべて待期期間として認められます。



傷病手当金支給申請書の添付書類

【添付書類】

【支給開始日以前の12か月以内で事業所に変更があった場合】
→ 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（P.8参照）

【障害厚生年金を受給している場合】
【退職後の請求で老齢年金等を受給している場合】
→ 年金証書および年金額改定通知書の写し

【マイナンバーを記載した場合※1】 → 本人確認書類等
※1 被保険者証の記号番号が不明な場合のみ記入してください。

などが必要です。

添付書類について

傷病手当金・出産手当金共通

1. 支給開始日以前の12か月以内で事業所に変更があった場合は、「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」の添付が必要です。

※ 健康保険法施行規則第84条第7項

2. 健保組合期間を通算するケース
健保組合の解散（健保組合は消滅）の場合は、協会けんぽが権利義務の承継を受けるため、支給金額の算定に標準報酬を通算します。

※ 協会けんぽで確認できる期間のみ通算
（他支部協会加入、任意継続期間）

【別添】

液保険者証	記号	番号	番号
氏名	〔アガナ〕		生年月日
			昭和 平成 年 月 日

傷病手当金・出産手当金の申請期間の初日の属する月までの12か月間に、勤務先が変更した場合は、定年再雇用等で液保険者証の番号が変更した場合、または退職後に任意継続被保険者になった場合は、下記の表にご記入ください。ただし、全国健康保険協会に加入していた場合に限ります。

①	会社名(任意継続被保険者の場合は加入支店名称)	〔アガナ〕	
	所在地(任意継続被保険者の場合はお住まいの住所)	〒 -	都・道 府・県
	使用されていた(加入していた)期間	平成 年 月 日	～ 平成 年 月 日

②	会社名(任意継続被保険者の場合は加入支店名称)	〔アガナ〕	
	所在地(任意継続被保険者の場合はお住まいの住所)	〒 -	都・道 府・県
	使用されていた(加入していた)期間	平成 年 月 日	～ 平成 年 月 日

③	会社名(任意継続被保険者の場合は加入支店名称)	〔アガナ〕	
	所在地(任意継続被保険者の場合はお住まいの住所)	〒 -	都・道 府・県
	使用されていた(加入していた)期間	平成 年 月 日	～ 平成 年 月 日

傷病手当金・出産手当金の申請期間の初日の属する月までの12か月間に加入していた健康保険組合が解散し、全国健康保険協会に加入した場合は、健康保険組合の名称及びその加入期間をご記入ください。

①	健康保険組合の名称	
	加入期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

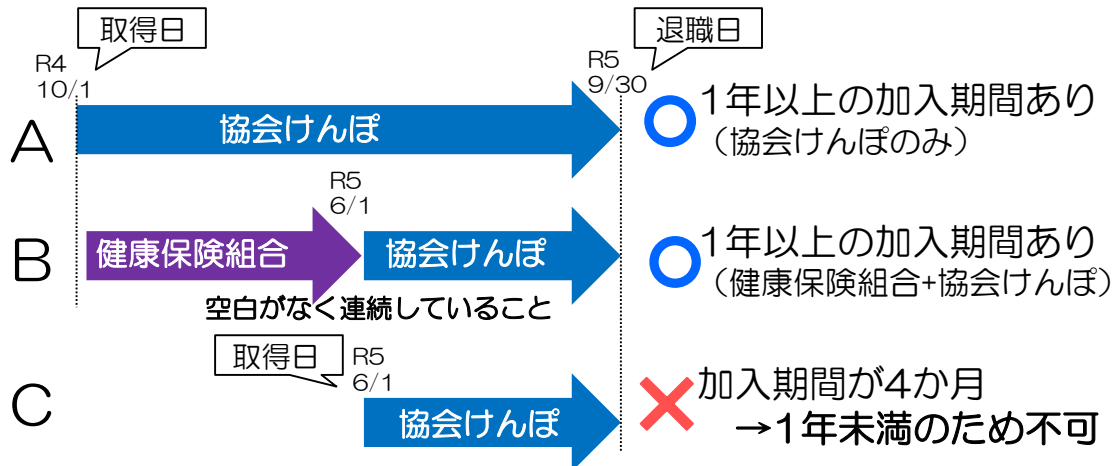
退職後の継続給付

次の①～③の要件をすべて満たすことが必要です。

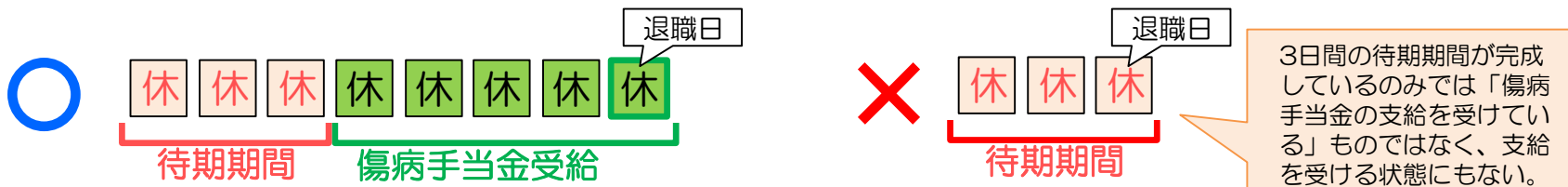
①退職日まで被保険者資格が継続して1年以上あること

(任意継続加入期間は除きます。)

健康保険 被保険者証	本人(被保険者) 令和〇年〇月〇日交付	00111
	記号 12345678 番号 1 (枝番) 00	
氏名	キョウカイ タロウ 協会 太郎	
生年月日	昭和〇年〇月〇日	
性別	男	
資格取得年月日	令和〇年〇月〇日	
事業所名称	〇〇株式会社	
保険者番号	01010011	
保険者名称	全国健康保険協会 〇〇支部	
保険者所在地	〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇	

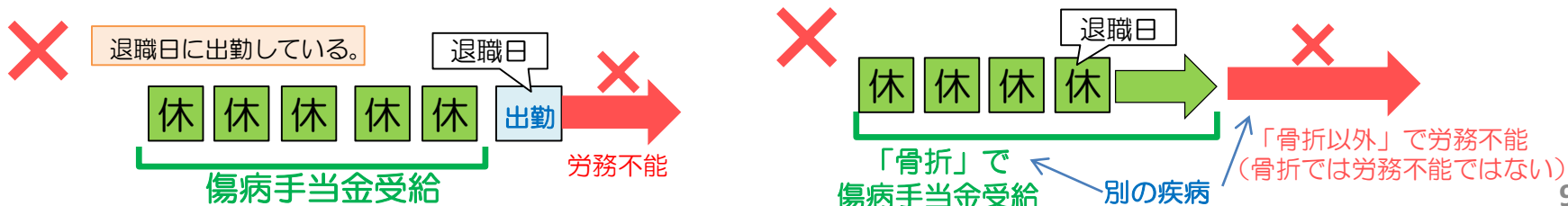


②退職日に、傷病手当金の支給を受けている、または支給される条件を満たしていること



③退職日に傷病手当金の支給を受けていた傷病で引き続き労務不能であること

(退職日に出勤しておらず、退職後も引き続き労務不能で療養していること)



傷病手当金支給金額の調整

⚠ 次の①～④のような場合、傷病手当金の金額が **調整** されます。

傷病手当金の申請期間中に

- ① 給与や手当等が支給されている場合
- ② 傷病手当金と同じ傷病等で
障害厚生年金または障害手当金が受けられる場合
- ③ 退職後に老齢退職年金などが受けられる場合
- ④ 出産手当金の支給を受けている場合

上記①～④の給付等の1日当たりの金額が

■ 傷病手当金の1日あたりの金額より低い場合

(上記①～④の給付等により、1日当たりの金額 < 傷病手当金の1日当たりの金額 の場合)



1日当たりの金額の差額を計算して傷病手当金が支給されます。

■ 傷病手当金の1日あたりの金額より高い場合

(上記①～④の給付等により、1日当たりの金額 > 傷病手当金の1日当たりの金額 の場合)



該当する日(期間)の傷病手当金は **支給されません**。

傷病手当金支給金額の調整

ポイント：退職後の傷病手当金には、老齢退職年金等との支給調整があります。

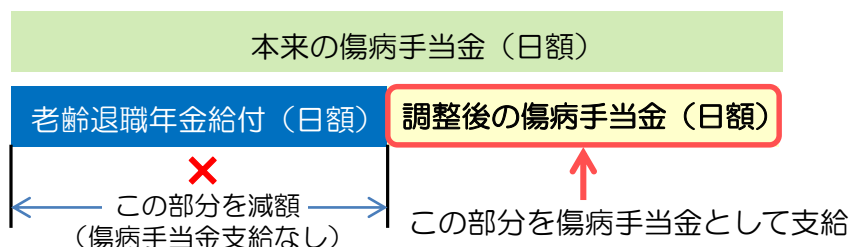
老齢退職年金等との支給調整

《対象者》 退職後に継続給付として傷病手当金を受給している人のうち、老齢退職年金等を受給している人。

《調整》 傷病手当金は支給されません。ただし、老齢退職年金給付の額を360日で割った額（端数切捨）が傷病手当金の日額より少ないときは、その差額が傷病手当金として支給されます。

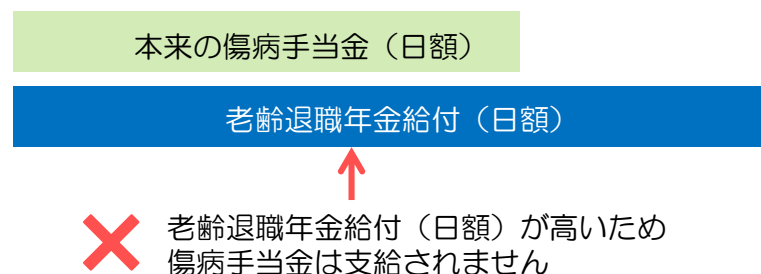
傷病手当金の支給日額の方が高い場合

(傷病手当金1日分の額) > (老齢退職年金給付 ÷ 360日)



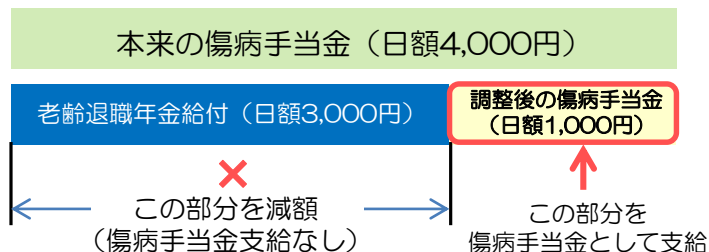
老齢退職年金給付の支給日額の方が高い場合

(傷病手当金1日分の額) < (老齢退職年金給付 ÷ 360日)



傷病手当金と老齢退職年金の調整例

年金と調整をかける前の傷病手当金の1日当たりの支給金額が4,000円
老齢退職年金が年額1,080,000円の場合



- 年金と調整をかける前の傷病手当金の1日当たりの支給金額 4,000円（支給開始日以前12か月の各標準報酬月額の前平均から計算した金額）
- 老齢退職年金の日額は $1,080,000円 \div 360日 = 3,000円$

差額が、減額調整後の
1日当たりの傷病手当金支給額です。
 $4,000円 - 3,000円 = 1,000円$

年金額が改定されると、それに伴って調整額も変更になり、傷病手当金の支給額も変更になります

2. 申請書の様式の注意点 (傷病手当金)

申請書の様式について（概要）

協会けんぽでは、より迅速な給付金のお支払いなどを実現するため、申請書の様式を令和5年1月から変更しています。

各種申請をされる場合は、現在の様式の申請書のご利用をお願いいたします。

様式が変更された主な申請書（届出書）

新様式の申請書は、協会けんぽのホームページから取得することができます。是非ご活用下さい。

健康 保 険 給 付 関 係	傷病手当金支給申請書
	療養費支給申請書（立替払等）
	療養費支給申請書（治療用装具）
	限度額適用認定申請書
	限度額適用認定・標準負担額減額認定申請書
	高額療養費支給申請書
	出産手当金支給申請書
	出産育児一時金支給申請書
	出産育児一時金内払金支払依頼書
	埋葬料（費）支給申請書
	特定疾病療養受療証交付申請書

任意 継 続 関 係	任意継続被保険者資格取得申出書
	任意継続被保険者被扶養者（異動）届
	任意継続被保険者資格喪失申出書
	任意継続被保険者 氏名 生年月日 性別 住所 電話番号変更（訂正）届

被 保 険 者 証 等 再 交 付 関 係	被保険者証再交付申請書
	高齢受給者証再交付申請書

傷病手当金支給申請書の構成

加入者（被保険者）様にご記入いただく欄・事業主様に証明いただく欄・医師（療養担当者）の意見を記入いただく欄で構成されています。（全4ページ）

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 ページ目にご記入ください。

加入者（被保険者）様にご記入いただく欄

6 0 1 1 1 0 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

健康保険 傷病手当金 支給申請書

2 ページ目にご記入ください。

事業主様に証明いただく欄

6 0 1 2 1 0 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

健康保険 傷病手当金 支給申請書

3 ページ目にご記入ください。

医師（療養担当者）の意見を記入いただく欄

6 0 1 3 1 0 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

健康保険 傷病手当金 支給申請書

4 ページ目にご記入ください。

医師（療養担当者）の意見を記入いただく欄

6 0 1 4 1 0 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

1 ページ、2 ページ
加入者（被保険者）
記入欄

3 ページ
事業主
証明欄

4 ページ
医師
意見欄

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 ページ

傷

被保険者記入用

被保険者が病やケガのため仕事に就くことができず、給与が受けられない場合の生活保障として、給付金を受ける場合にご使用ください。
 なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

この申請書は、令和5年1月以降にご使用ください。

被保険者証 記号(左づめ)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 9	番号(左づめ)		生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和	年	月	日
① 氏名 (カタカナ)	キョウカイ タロウ							
氏名	協会 太郎		※申請者はお勤めされている(いた)被保険者です。 被保険者がお亡くなりになっている場合は、 相続人よりご申請ください。					
郵便番号 (ハイフン除く)			電話番号 (左づめハイフン除く)					
住所	都 道 府 県							

① 氏名(カタカナ)

記載欄がマス目化されました。

②	指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。							
金融機関名称	〇〇〇〇	銀行 金庫 信組	支店名	△△△	本店 支店	代理店 出張所 本店営業部		
預金種別	1 普通預金	農協 漁協	口座番号 (左づめ)	1 1 1 1 1 1 1 1				
		その他()			本所 支所			

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。
 ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

2ページ目に続きます。 >>>

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
 (記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の
 提出代行者名記入欄

② 預金種別

- 振込対象となる預金種別は「普通預金」のみです。
- 上記①「氏名(カタカナ)」の名義で振込手続を行います。



旧姓等で口座名義が相違する場合は、同一人物であることの確認が必要になるため「免許証の写し」など氏名変更が確認できる書類と、「預金通帳の写し」(旧姓口座への振り込み希望と記載したもの)の添付が必要です。

主な変更点と記載時の留意事項

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 ページ

被保険者記入用

被保険者氏名	
① 申請期間 (療養のために休んだ期間)	令和 05 年 12 月 01 日 から 令和 06 年 01 月 31 日 まで
② 被保険者の仕事の内容 (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
③ 傷病名	<input checked="" type="checkbox"/> 療養担当者記入欄(4ページ)に記載されている傷病による申請である場合は、左記に☑を入れてください。 別傷病による申請を行う場合は、別途その傷病に対する療養担当者の証明を受けてください。
④ 発病・負傷年月日	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
⑤ 1 傷病の原因	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 仕事以外(業務外)での傷病 <input type="checkbox"/> 2. 工作中(業務上)での傷病 } → ⑤-2へ <input type="checkbox"/> 3. 通勤途中での傷病
⑤ 2 労働災害、通勤災害の認定を受けていますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中(<input type="text"/> 労働基準監督署) <input type="checkbox"/> 3. 未請求
⑥ 傷病の原因は第三者の行為(交通事故やケンカ等)によるものですか。	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ 「1. はいの場合、別途「第三者行為による傷病欄」をご提出ください。
⑦ 1-1 申請期間(療養のために休んだ期間)に報酬を受けましたか。	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい → ⑦-2へ <input type="checkbox"/> 2. いいえ
⑦ 1-2 ⑦-1を「はい」と答えた場合、受けた報酬は事業主証明欄に記載されている内容のとおりですか。	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ → 事業主へご確認のうえ、正しい証明を受けてください。
⑦ 2-1 障害年金、障害手当金について 今日傷病手当金を申請するものと同一の傷病で「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給している場合は、傷病手当金の額を調整します。	<input type="checkbox"/> 1. はい → ⑦-3へ <input type="checkbox"/> 2. いいえ
⑦ 2-2 老齢年金等について 障害年金による障害厚生年金の受給後の期間について、傷病手当金を申請する場合は記入ください。老齢または遺族を事由とする公的年金を受給していますか。(公的年金を受給している場合は、傷病手当金の額を調整します)	<input type="checkbox"/> 1. はい → ⑦-3へ <input type="checkbox"/> 2. いいえ
⑦ 3 ⑦-1または⑦-2を「はい」と答えた場合のみ、ご記入ください。	障害年金番号 <input type="text"/> - <input type="text"/> 年金コード <input type="text"/> 支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 年金額 <input type="text"/> 円(右うち)
⑧ 労務補償 今回の傷病手当金を申請する期間において、別傷病により、労災保険から休業補償給付を受給していますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中(<input type="text"/> 労働基準監督署) <input type="checkbox"/> 3. いいえ 「1. はい、」の場合 → 「2. 請求中、」

① 申請内容

1. 申請期間は労務に服することができず、傷病手当金を請求する期間を記入してください。
2. 仕事内容をご記入ください。
3. 傷病名が4ページ目の療養担当者が記入した傷病名と同一であることを確認して**チェック**をしてください。
4. 傷病の原因が「慢性的な腰痛など」業務が直接の原因でない場合は「1」を記入してください。

② 確認事項

申請期間の報酬の有無を記入してください。



ポイント

傷病名に☑が漏れているケースが多いです。

①および②の記載漏れは、返戻や支払いの遅れにつながる場合がありますので申請前に再度ご確認をお願いします。

6 0 1 1 4 1 0 1

「事業主記入用」は3ページ目に続きます。▶▶▶

主な変更点と記載時の留意事項

事業主記入欄

【勤務状況】

早

勤務状況 2ページの申請期間のうち出勤した日付を【○】で囲んでください。「年」「月」については出勤の有無に関わらずご記入ください。

令和	0	5	年	1	1	月	①	②	早	4	5	⑥	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
							16	17	18	19	20	21	②②	②③	②④	25	26	27	28	29	30	31
令和	0	5	年	1	2	月	1	2	3	4	⑤	⑥	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
							16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
令和			年			月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
							16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

記載方法

労務に服することができなかった期間（申請期間）の勤務状況を記載して下さい。

＜重要事項＞ 「勤務状況」の記載内容について

① 出勤日を「○※1※2」で囲って下さい。

② 待機期間の初日に早退した場合は「早※3」と記載して下さい。

※1 「公（公休）」、「/（欠勤）」、「△（有給）」は記載しないようお願いします。

※2 所定労働時間のうち一部勤務した日（例：午前勤務・午後有給、6時間勤務・2時間有休取得など）も出勤日に含みます。

※3 初回申請時の待機期間（連続する3日間）の初日については、早退した日も含むことができます。

【出勤していない日についての報酬等の支給状況】

2ページの申請期間のうち、出勤していない日(上記【O】で囲んだ日以外の日)に対して、報酬等(※)を支給した日がある場合は、支給した日と金額をご記入ください。

※有給休暇の場合の賃金、出勤等の有無に関わらず支給している手当(扶養手当・住宅手当等)、食事・住居等現物支給しているもの等

例	令和	05	年	02	月	01	日	から	05	年	02	月	28	日							円				
例1	令和	05	年	11	月	01	日	から	05	年	11	月	30	日			1	0	0	0	0	円			
例2	令和	05	年	10	月	01	日	から	06	年	03	月	31	日			7	2	0	0	0	円			
例3	令和	05	年	12	月	23	日	から	05	年	12	月	23	日					8	0	0	0	円		
例4	令和	05	年	12	月	24	日	から	05	年	12	月	25	日					1	6	0	0	0	円	
例5	令和	05	年	12	月	26	日	から	05	年	12	月	26	日							4	0	0	0	円

◆ 出勤していない日に対する報酬等（基本給及び各種手当等）がある場合は、支給した日（期間）と金額を記入してください※1

例1：令和5年11月1日～令和5年11月30日 扶養手当10,000円（出勤等の有無にかかわらず支給している場合）

例2：令和5年10月1日～令和6年3月31日 通勤手当（6か月定期券）72,000円（出勤等の有無にかかわらず支給している場合）

◆ 有給手当について、申請期間を含む賃金計算期間の支給状況を記入して下さい※2

例3：令和5年12月23日（有給単価1日あたり8,000円の場合）

例4：令和5年12月24日・25日（有給単価1日あたり8,000円の場合）

例5：令和5年12月26日に半日有給（有給単価1日あたり8,000円の場合）

※1 残業手当などの出勤した日に対する報酬や、見舞金などの一時的に支給したものは記載不要です。

※2 支給金額が同じで期間が継続している場合は、まとめて記載することができます。

申請される際の注意点

- 申請書は1～4ページ目をもれなく提出します。
- 申請書の未記入箇所がないことを確認します。
(事業主様の証明日を含む)
- 保険証の記号番号を間違えないように記入します。
- 申請期間の途中で記号番号が変わる場合は、その期間ごとに申請書を作成します。
- お急ぎの場合は速達郵便、郵便が届いたか確認をしたい場合は特定記録郵便等を利用して申請します。

3. その他

届書・申請書作成支援について

入力用申請書のご案内

協会けんぽでは、申請書を簡単かつ効率的に作成できるサービスを実施しています。ぜひこの機会にお試しいただきますようお願いいたします。

- ① 入力可能なPDFファイルをホームページにて提供しています。
ホームページの画面上で項目を入力し印刷することができます。
- ② 各記入項目の説明を参照しながら入力できます。
- ③ **記入漏れや記入誤り等自動でチェックし、お知らせします。**
- ④ **記入漏れ・記入誤りによる再提出の手間が少なくなります。**

※ブラウザの環境により正しく動作しない場合がございますのでご了承ください。

The image shows a screenshot of a web-based application form titled '健康保険 傷病手当金 支給申請書' (Health Insurance Injury Compensation Payment Application Form). The form contains various input fields for personal information, insurance details, and medical information. A yellow callout bubble with the text '記入漏れを自動チェック!!' (Automatic check for input omissions!!) is overlaid on the form, indicating a feature that automatically checks for missing or incorrect entries.

お役立ち動画配信中

記入に際してのお問い合わせが多い申請書の書き方について YouTube で配信しています。申請される際の参考にご活用ください。

スマートフォン等で読み取り
ご覧ください。



傷病手当金



高額療養費



任意継続資格取得

代表電話を自動音声ガイダンスでご案内しております(令和4年10月31日より)

☎ 048-658-5919 (代表)

【受付時間】午前8時30分から午後5時15分まで
※土日祝日及び年末年始(12月29日から1月3日)を除く

自動音声のご案内

- ・お問い合わせ内容別に、音声案内に従って番号をご選択ください。
- ・自動音声案内の途中でも番号を選択いただけます。
- ・ダイヤル式電話機をご利用の方は、そのままお待ちいただくとオペレーターにおつなぎいたします。

1

これから申請される方

- ・健康保険の**申請方法**
- ・制度に関する一般的なお問い合わせ
- ・申請書のご用命(送付)

オペレーターにおつなぎします

2

- ・ **すでに当支部へご申請いただいている方**
- ・ 健診・保健指導のお問い合わせ
- ・ 医療機関・地方自治体からのお問い合わせ

引き続きご案内します

- 1 現在申請中の各種給付金進捗状況
- 2 健康保険証等発行状況、任意継続進捗状況
- 3 健診・保健指導、健康経営
- 4 交通事故、労災、レセプト
- 5 その他

3

お問い合わせ先が不明な方

- ・ 其他のお問い合わせ
- ・ **お問い合わせ先が不明な場合**

オペレーターにおつなぎします

※担当部署が混み合っている場合、お電話をお繋ぎできません。その場合は、恐れ入りますが、改めておかけ直し下さい。

ご清聴いただき、ありがとうございました