

記入例

傷病手当金支給申請書

1 2 3 4 ページ

全国健康保険協会 船員保険部
船員保険

船員保険 傷病手当金 支給申請書 (第 回)

傷

被保険者(申請者)記入用

被 保 険 者 (申 請 者) 欄	① 被保険者証の記号および番号(左づめ)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - 1 2 3
	② 被保険者の氏名・印(申請者)	(フリガナ) センボ タロウ 船保 太郎 印 自署の場合は押印を省略できます。
	③ 生年月日	昭和 平成 3 年 0 月 2 日 郵便番号 1 0 2 - 8 0 1 6 電話番号(日中の連絡先) 03 (××××) 〇〇〇〇
	④ 住所	東京 都 千代田区富士見 2-7-2

⑤ 振込希望口座	金融機関名称	銀行 信金 労働 信連連 農協 漁協 其他() ゆうちょ銀行の場合は漢数字3文字です。	本店(本所) 出預所 代理店 支店(支所)
	預金種別	普通 当座 其他()	カタカナでご記入ください。
口座番号	1 2 3 4 5 6 7	口座名義	センボ タロウ

②の名義以外の口座に振込を希望される場合のみご記入ください。(この欄の押印は省略できません。)

⑥ 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。 令和 年 月 日 氏名 印 住所 [被保険者欄④]の住所と同じ	
	代理人(口座名義人)	氏名	(フリガナ) 被保険者との関係
		住所	(郵便番号) () 電話番号(日中の連絡先) ()

⑤ 被保険者のマイナンバー記入欄 R2.4
被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。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署名記入欄 印

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階
全国健康保険協会 船員保険部

1 記号・番号は、被保険者証に記載されています。

2 船員である(あった)被保険者(疾病任意継続被保険者を含む)の氏名をご記入ください。被保険者が亡くなられ、生計を同じくされていたご家族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。)なお、③欄の生年月日は被保険者のものをご記入ください。

3 ご希望の振込希望口座をご記入ください。預金種別についても、必ず該当するものに○をしてください。

4 ②の申請者名義以外の口座に振込を希望される場合は、必ずご記入ください。受取代理人の欄の申請者の印は、②欄に押印いただいたものと同じものを押印ください。

記入内容を訂正した場合は、訂正箇所には訂正印(申請者の印)を押印ください。

5 ①の記号番号を記入した場合は、記入不要です。
被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の書類が必要です。^{*1} 貼付台紙^{*2} に㊦㊧どちらも貼付し、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か住民票記載事項証明書

^{*1} 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。
^{*2} ホームページからダウンロードできます。(印刷環境がない場合は船員保険部までご連絡ください。)

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階
全国健康保険協会 船員保険部



船員保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

⑦ 傷病名	1	鎖骨骨折	初診日	1	令和〇年3月4日
	2			2	
	3			3	
⑧ 申請内容	⑧ 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。		<input type="checkbox"/> 病気(疾病) → 発病時の状況 <input checked="" type="checkbox"/> ケガ(負傷) → 別紙「負傷原因届」を添付してください。		
	⑨ 療養のため休んだ期間(申請期間)		平成〇年〇月〇日 から 平成〇年〇月〇日 まで 28 日間 令和〇年〇月〇日 から 令和〇年〇月〇日 まで		
⑩ あなたの仕事内容(具体的に)(退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)		甲板員(船体の保守整備、荷物の積み下ろし等)			
⑨ 確認事項	⑪ 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)「はい」の場合は、その期間と報酬額をご記入ください。		<input checked="" type="checkbox"/> はい (※1) 平成〇年〇月〇日から 報酬額 <input type="checkbox"/> いいえ 平成〇年〇月〇日まで 60,000 円		
	⑫ 「障害年金」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。 (※2)「はい」の場合は、傷病名と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。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 障害年金 (※2) <input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
	⑬ 退職後の期間を申請される場合はご記入ください。 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)「はい」の場合は、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、基礎年金番号のみご記入ください。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 (※3) <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
	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。 (※4)「はい」または「請求中」の場合は、支給元(請求先)の労働基準監督署名をご記入ください。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 (※4) <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
⑮ 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	

6 療養担当者の意見欄を参考に、傷病名をご記入ください。

7 ご病気(疾病)の場合は、発病時の状況を記入してください。(わからない場合は、「不詳」とご記入ください。) おケガ(負傷)の場合は、別紙「負傷原因届」を必ずご記入ください。

8 療養のため職務に服することができなかった期間(公休日を含む)をご記入ください。合計日数(日間)も必ずご記入ください。

9 退職後(資格喪失日以降)の期間について、申請される場合は、老齢退職年金の受給の有無を必ずお知らせください。

船員保険 傷病手当金 支給申請書

療養担当者記入用

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名	船保 太郎																																
	傷病名	1	鎖骨骨折									療養の給付開始年月日(初診日)	1	平成(令和)〇〇年 3 月 4 日																				
		2										2	平成(令和) 年 月 日																					
		3										3	平成(令和) 年 月 日																					
	発病または負傷の年月日	平成(令和)〇〇年 3 月 3 日	発病または負傷の原因																															
	職務不能と認められた期間	平成(令和)〇〇年 3 月 4 日から 28日間	転倒し、右肩を強打																															
	うち入院期間	平成(令和)〇〇年 3 月 26 日から 6 日間入院	療養費用の別																															
	診療実日数	8 日	3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
			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
			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
上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)												手術年月日	平成(令和) 年 月 日																					
4 鎖骨を骨折し、3/4初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。												退院年月日	平成(令和) 年 月 日																					
症状経過からみて従来の職種について職務不能と認められた医学的所見																																		
骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後もリハビリが必要であったため、職務不能と判断した。																																		
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日											平成(令和) 年 月 日																						
	人工臓器等の種類											人工臓器(人工心臓) 人工腎臓 人工骨髄 心臓ペースメーカー 人工透析 その他()																						
上記のとおり相違ありません。													令和 〇〇年 4 月 15 日																					
医療機関の所在地													東京都品川区△△1-1																					
医療機関の名称													品川〇〇病院																					
医師の氏名													保 険 五 郎																					
													医師の印																					
													電話番号 03(××××)〇〇〇〇																					

【被保険者の方へ】

療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

【療養担当者の方へ】

1 複数の傷病名がある場合は、1から主たる傷病名を順次ご記入ください。

2 左の傷病名について、その傷病の初診日をご記入ください。

3 治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数を記入してください。また、証明日以前の期間をご記入ください。

4 症状および経過、職務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。

記入内容を訂正した場合は、訂正箇所に訂正印(医師の印)を押印ください。

記入にあたってご注意いただきたいこと

- 医学的見地から、療養のため職務不能と認められる期間をご記入ください。また医師意見書の証明年月日より後の日付を、職務不能期間として記入することはできませんのでご注意ください。
- 医師の氏名の記入もれ、医師の私印の押印もれがないようご注意ください。

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生計を同じくされていたご家族の方がご記入ください。

船舶所有者の証明

船舶所有者に記入を依頼してください。

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。

1/4ページ

2/4ページ

3/4ページ

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

支給開始日以前の12か月以内で船舶所有者に変更があった方	以前の各船舶所有者（勤務先）の氏名、住所および使用されていた期間がわかる書類 （船員保険疾病任意継続被保険者であった場合は、住所および加入していた期間）
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（申請期間が資格喪失後の場合）	●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」
被保険者が亡くなられ、生計を同じくされていたご家族の方が申請する場合	・亡くなられた方の「住民票除票」および申請者の「住民票」 ・被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等

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 職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(職務不能)

職務不能の判定は、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 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支給されます。

[疾病任意継続被保険者の場合]

疾病任意継続被保険者の資格を取得した日から起算して1年未満の間に発した病気やケガに限りです。

[被保険者資格喪失後も傷病手当金を受ける場合]

被保険者(疾病任意継続被保険者を除く)であった期間が、資格喪失日前1年間に3か月以上、または3年間に1年以上あれば、資格喪失後も傷病手当金の支給を受けることができます。

*傷病手当金を受ける権利は、「職務不能であった日ごとにその翌日」から2年で時効になりますのでご注意ください。

支給期間と支給額

① 支給期間 支給開始日から最長3年の範囲で支給されます。

② 支給額

1日あたりの支給金額：【支給開始日以前の継続した12か月間の各月の標準報酬月額を平均した額】
÷ 30日(※1) × (2/3)(※2)

〈支給開始日以前の船員保険加入期間が12か月に満たない場合〉

【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】 ÷ 30日 × (2/3)

(※1) 「30日」で割ったのち1の位を四捨五入します。

(※2) 「2/3」を掛けたのち小数点第1位を四捨五入します。

③ 傷病手当金の調整

下記①～⑤にあてはまる場合は、傷病手当金の一部または全部が調整されます。

- ① 船舶所有者から給与の支払いがあった場合
- ② 傷病手当金と同一の傷病等により障害厚生年金または障害手当金を受けている場合
(同一の傷病による国民年金の障害基礎年金を受けるときはその合算額)
- ③ 退職後、老齢厚生年金や老齢基礎年金または退職共済年金などを受けている場合
(複数の老齢給付を受けている時はその合算額)
- ④ 傷病手当金とは別の傷病等で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

・①～⑤の支給日額が、傷病手当金の日額より多いときは、傷病手当金の支給はありません。

・①～⑤の支給日額が、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。

※なお、傷病手当金を受け取った後に、①～④に該当していることが判明した場合は、傷病手当金をお返しいただくことになります。