

全国健康保険協会 千葉支部

第22回健康保険委員研修会

「傷病手当金」について

傷病手当金

1. 傷病手当金とは・・・・・・・・・・・・・・2P
2. 支給額の計算方法・・・・・・・・・・・・・・5P
3. 資格喪失後の継続給付の要件・10P
4. 申請書の記入方法・・・・・・・・・・・・・・11P
5. 申請時のポイント・・・・・・・・・・・・・・17P

1. 傷病手当金とは

傷病手当金は、病気やケガで休業中に被保険者とその家族の生活を保障するための制度です。
被保険者が病気やケガ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。
法定支給期間は支給開始日から1年6ヶ月の期間です。

○支給要件

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）

労務不能の判断は、療養担当者（医師等）の意見を基に行います。

3. 3日間連続して仕事を休み（待期完成）、4日目以降にも休んだ日があること。

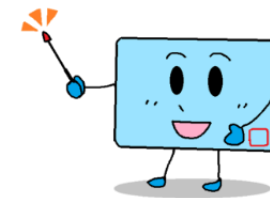
待期完成に要した3日間に対しては傷病手当金は支給されません。4日目以降に支給が開始されます。

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。

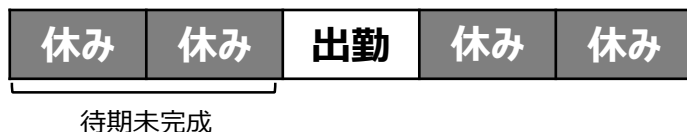


(1)待期期間の考え方



【例 1】

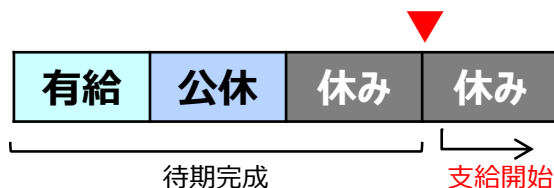
×待期期間
未完成



連続する3日間の休みがないため

【例 2】

○待期期間
完成



傷病のため休んだのが、有給日・公休日であっても待期期間に算入OK

【例 3】

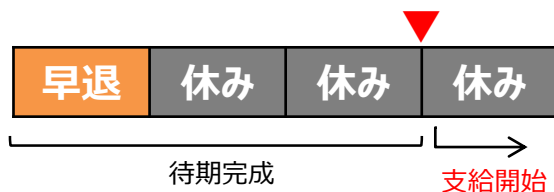
○待期期間
完成



休みと休みの間に出勤をしていた場合でも最初の休みで3日休んでいれば待期完成

【例 4】

○待期期間
完成

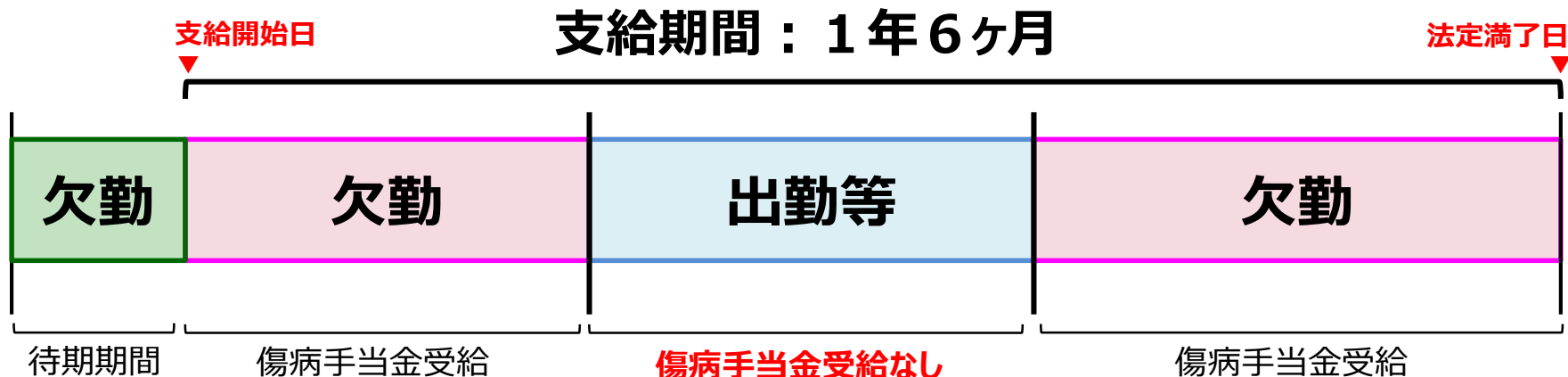


ポイント

出勤後、傷病のためその後の仕事を休んだ場合、その日（早退日）は待期期間の初日に算入OK

(2) 支給期間

同一の傷病等については、支給が始まった日（支給開始日）から暦で数えて1年6ヶ月の期間の範囲内で、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です。



出勤等により傷病手当金を受給していない期間がある場合でも、
1年6ヶ月の期間に含まれます！

2. 支給額の計算方法

(1) 算定方法

☆ 傷病手当金の支給額の算定方法は2パターンあります。

① 支給開始日以前に12ヶ月の被保険者期間がある場合

$$1 \text{ 日あたりの金額} = \left[\frac{\text{支給開始日以前 12ヶ月間の各標準報酬月額を平均した額}}{\text{30日}} \right] \times \frac{2}{3}$$

※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。

例

協会けんぽのA事業所に平成30年4月に入社。平成31年4月1日から傷病手当金を受給。

$$(32\text{万円} \times 4\text{ヶ月} + 38\text{万円} \times 8\text{ヶ月}) \div 12\text{ヶ月} = 36\text{万円}$$

$$36\text{万} \div 30\text{日} = 12,000\text{円} \text{ (10円未満四捨五入)}$$

$$12,000\text{円} \times (2/3) = 8,000\text{円} \text{ (1円未満四捨五入)}$$

支給日額 8,000円

	A事業所入社 ▼									支給開始日 ▼H31.4.1		
年月	H30 5	6	7	8	9	10	11	12	H31 1	2	3	4
標準報酬月額 (万円)	32	32	32	32	38	38	38	38	38	38	38	38
	← 12ヶ月 →								→			

※支給開始日の翌月以降、標準報酬月額が変更になっても、傷病手当金の支給日額に変更はありません。

② 支給開始日以前に12ヶ月の被保険者期間がない場合

㊦と㊧を比べて**少ない方の額**を使用して計算します。

㊦ 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

㊧ **30万円**（支給開始日が平成31年3月31日までの場合は28万円）

例 協会けんぽB事業所に平成30年7月に入社。それ以前は、協会けんぽ以外（国民健康保険・健康保険組合・共済組合）に加入。平成31年4月1日から傷病手当金を受給。

㊦ $(50万円 \times 6ヶ月 + 75万円 \times 4ヶ月) \div 10ヶ月 = \mathbf{60万円}$

㊧ **30万円**

㊦ > ㊧のため、㊧の標準報酬月額を使用して計算。

$30万円 \div 30日 \times (2/3) = \mathbf{6,667円}$ （支給日額）

			B事業所入社 ▼									
年月	H30 5	6	7	8	9	10	11	12	H31 1	2	3	4
標準報酬月額（万円）			50	50	50	50	50	50	75	75	75	75
			← 10月間 →									

支給開始日
▼H31.4.1

○支給開始日以前に1 2ヶ月の被保険者期間がない場合

【別添】

被保険者証	記号	番号
氏名	(フリガナ)	生年月日 昭和 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、勤務先が変更した場合もしくは、定年再雇用等で被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です。

①	会社名(任意継続被保険者の場合は加入支那名称)	(フリガナ)
	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那名称)	(フリガナ)
	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那名称)	(フリガナ)
	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。

④	健康保険組合の名称	
	加入期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

支給開始日以前の1 2ヶ月以内で勤務先が変更した場合（保険証の記号番号が変更になった場合）左の【別添】の用紙を添付してください。

※全国健康保険協会に加入していた期間に限りです。（ただし、健康保険組合が解散等をして、その権利義務が全国健康保険協会に承継されたときは、健康保険組合の期間も含まれます。）

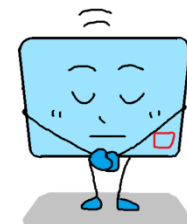
用紙は協会けんぽホームページからダウンロード可能です

(2) 支給調整

○傷病手当金が支給調整（停止）される場合

- ① 事業主から給与（報酬）の支払いを受けた場合
- ② 傷病手当金と出産手当金の両方が受けられる場合
- ③ 資格喪失後に老齢厚生年金や老齢基礎年金、退職共済年金を受けている場合
- ④ 同一の疾病による障害厚生年金、障害手当金を受けている場合
- ⑤ 労災保険から休業補償給付を受けている場合

！ 遡って年金が裁定・改定された場合などは、傷病手当金の一部または全額を返還していただくことがあります。



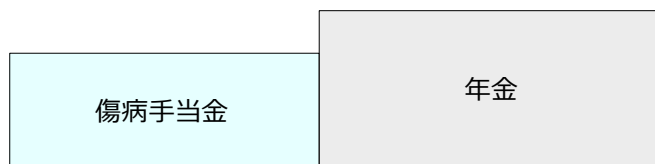
○傷病手当金が支給調整（停止）される場合

③、④のケースのように、傷病手当金の支給期間に年金を受給した場合の支給額の計算方法は、下記のとおりです。

$$\text{傷病手当金の日額} - \frac{\text{年金の年額}}{360} = \text{差額 (支給金額)}$$

(例1)

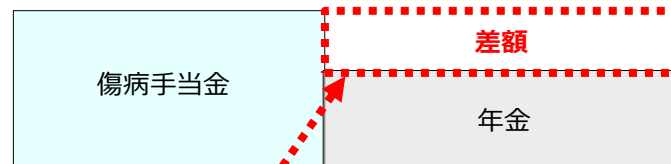
$$\text{傷病手当金の日額} < \frac{\text{年金の年額}}{360}$$



傷病手当金は支給されません

(例2)

$$\text{傷病手当金の日額} > \frac{\text{年金の年額}}{360}$$



差額分が支給されます



年金を受給されている場合は、申請書の受給の有無の項目に必ず記入・年金額が確認できる書類を添付してください。

例 年金を年額1,080,000円受給中で、傷病手当金の日額5,000円の方が申請をした場合

傷手日額 年金日額 支給額
5,000円 - 3,000円 (1,080,000円 ÷ 360日) = **2,000円**

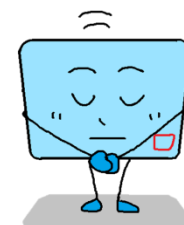
3.資格喪失後の継続給付の要件

下記の要件を満たしている場合は、資格喪失後も引き続き傷病手当金を受けることができます。

- ① 資格喪失日の前日（退職日）までに被保険者期間（全国健康保険協会・健康保険組合における被保険者期間）が継続して1年以上あること（任意継続被保険者期間は除く）
- ② 資格喪失日の前日（退職日）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にあること※
- ③ 在職中と同一の傷病により労務不能状態が続いていること
- ④ 労務不能期間が継続していること

※ 資格喪失日前に、少なくとも1日は支給を受けているか、受けられる状態にある必要があります。受けられる状態とは、病気等により労務不能となるが傷病手当金が収入（報酬）等（障害年金等）との調整により支給が停止されている状態のことです。よって、資格喪失日の前日（退職日）に出勤し、労務に服している場合は、労務不能状態ではなくなりますので、②の条件を満たしていないため、資格喪失後給付は受けられません。

！ 資格喪失後の継続給付は、断続して受けることができません。いったん労務可能となり受給が中断された場合、その時点で受給権が消滅し、その後再び労務不能となっても傷病手当金は支給されません。



4.申請書の記入方法

被保険者（申請者）記入（1ページ目）

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、複写で特内に丁寧に記入ください。		記入見本 0123456789アイウ	
被保険者証の (左:右)	記号 54030013	番号 320	生年月日 年 月 日 1 1.昭和 2.平成 3.令和
氏名・印	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎		白誓の場合は押印を省略できます。 健保
住所 電話番号 (白中での連絡先) ※ハイフン除く	〒 0000000 千葉 〇〇市〇〇 1-1 △△ハイツ 202 TEL 090XXXXXX		
金融機関 名称	〇〇 銀行 (口座) / 信託 (高橋) / 商社 (その他:) ◇ ◇ (本店) (支店) (代理店) (出張所) (出張営業所) (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 3210123	左づめでご記入ください。
口座名義	平仮カナ(姓と名の間には1マス空けてご記入ください。漢字(")、半角点(".")は1字としてご記入ください) ケンポ タロウ		口座名義の区分 1 1.被保険者 2.代理人
「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可) ↓			
受取代理人の情報	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。 被保険者 氏名・印 印 住所 「被保険者情報」の住所と同じ 〒 TEL(ハイフン除く) 住 所 (フリガナ) 印 氏名・印 		
代理人 (口座名義人)	被保険者との関係		
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書記職欄 印 様式番号 _____ 協会使用欄 _____ 601160 1			
全国健康保険協会 協会けんぽ			交付日付印 _____ (2019.1)

- ① 保険証に記載されている記号・番号を正確に記入してください。
資格喪失している場合は在職中の保険証の記号・番号を記入してください。
- ② ゆうちょ銀行の口座へお振込を希望される場合は、振込専用の三桁の漢数字の支店名、預金種別・口座番号を記入してください。
- ③ 被保険者（申請者）名義以外の口座にお振込を希望される場合は、記入・押印が必要です。代理人の印は、被保険者（申請者）とは別の印で押印してください
- ④ マイナンバーを記入した場合はマイナンバーを確認する書類と身元を確認する書類の添付が必要です。
(保険証の記号・番号を記入した場合は、マイナンバーの記入及び添付書類は不要です。)

被保険者（申請者）記入（2ページ目）

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

1 傷病名
1) 鎖骨骨折
2)
3)
2 初診日
1. 平成 2. 令和
1. 平成 2. 令和
1. 平成 2. 令和

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）
2. ケガ → 負傷原因箇を併せてご提出ください。

4 療養のため休んだ期間（申請期間）
1. 平成 2. 令和 3 1 0 4 1 1
1. 平成 2. 令和 3 1 0 4 3 0
日数 20

5 あなたの仕事の内容（具体的に）
トラック運転手

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. はい 2. いいえ
1. 平成 2. 令和 3 1 0 4 0 1 から 報酬額
1. 平成 2. 令和 3 1 0 4 3 0 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。
1. はい 2. 請求中 3. いいえ
1. 障害厚生年金 2. 障害手当金
「はい」の場合

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。
1. はい 2. 請求中 3. いいえ
1. 基礎年金番号 2. 年金コード
「はい」の場合

4 労災保険から休業補償給付を受けていますか。（又は、過去に受けたことがありますか。）
1. はい 2. 労災請求中 3. いいえ
1. 基礎年金番号 2. 年金コード
「はい」の場合

6 0 1 2 6 9

「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

- 1 傷病名を記入してください（毎回記入が必要です）。
- 2 ケガによる申請の場合は、「負傷原因届」を併せてご提出ください。
- 3
 - ・未来日の申請はできません。
 - ・申請期間は毎回記入が必要です。
 - ・申請期間の日数は「申請期間の初めから終わりまでの日数」をご記入ください。
 - ・記入した申請期間について、3ページ目に事業主の証明、4ページ目の療養担当者（医師等）証明を受けてください。
- 4
 - ※申請期間と療養担当者（医師等）が労務不能と認めた期間は、原則一致する必要があります。
 - ・資格喪失後に申請を行う場合はご記入ください。
 - ・年金を受給している場合は、年金額等がわかるもの（年金改定通知書、振込通知書等）のコピーを添付してください。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

事業主記入用

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の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。

① 被保険者氏名 健保 太郎

② 勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。

1.平成 2.令和	年	月	日	出勤	有給	公休	欠勤	計
1	3	1	0	4				3
1	0	1	0	5				0

③ 上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か? ☒ はい ☐ いいえ

給与の種類 ☒ 月給 ☐ 時間給 ☐ 日給 ☐ 歩合給 ☐ 日給月給 ☐ その他

賃金計算 締日 5 日 支払日 1 1.当月 2.翌月 15 日

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支払状況をご記入ください。

区分	単価	支給額	支給額	支給額
基本給	300000	45000		
通勤手当	10000	1500		
食事手当	10000	1500		
手当				
手当				
手当				
報酬給与				
計		48000		

賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。

基本給 : 300,000円÷20日×3日 = 45,000円支給
 通勤手当 : 10,000円÷20日×3日 = 1,500円支給
 食事手当 : 10,000円÷20日×3日 = 1,500円支給

担当者氏名 協会 花子

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地 千葉県〇〇市△△ 1-2-3

事業所名称 株式会社 けんぽ

事業主氏名 代表取締役 健康 三郎

電話番号 043XXXXXX

① 【被保険者氏名】
・記入もれにご注意ください。

② 【勤務状況】
・申請期間を含む賃金計算期間を全て記入してください。出勤簿、タイムカード等の添付は不要です。

例) 【申請期間】4/1～ 4/30 【給与締日】15日



「3/16～ 4/15」と「4/16～5/15」の「勤務状況」と「支給した(する)賃金内訳」の記入が必要です。

- ・賃金計算期間の初日から締日までの全ての日について、○、△、公、／のいずれかを表示してください。
- ・出勤日数、有給日数は締日にかかわらず、月初から月末までの日数を合計して記入してください。
- ・今回申請する期間がもれなく記入されているかご確認ください。(申請期間を含む賃金の締日ごとに証明してください。)

③ 【賃金支給有無、給与の種類、締日、支払日】
・チェックもれ、記入もれにご注意ください。

6 0 1 3 6 8

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。➡

全国健康保険協会
協会けんぽ

3 / 4

健康保険 傷病手当金 支給申請書

事業主記入用

労務に就することができなかった期間を含む資金計算期間の勤務状況および資金支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名 健保 太郎

勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。

1.平成 2.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	計	出勤	有給
1	3	1	0	4																													3	0		
1	0	1	0	5																													0	0		

上記の期間に対して、
☒ はい ☐ いいえ ☐ いろいろ
 給与の種類 ☒ 月給 ☐ 時間給 ☐ 歩合給 ☐ その他
☐ 日給 ☐ 日給月給 ☐ その他
 資金計算 締日 15日
 支払日 1.当月 2.翌月 15日

上記の期間を含む資金計算期間の資金支払状況をご記入ください。

区分	単価	支給額	支給額	支給額
基本給	300000	45000		
通勤手当	10000	1500		
食事手当	10000	1500		
手当				
手当				
手当				
親物給与				
計		48000		

資金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。

基本給 : 300,000円÷20日×3日 = 45,000円支給
 通勤手当 : 10,000円÷20日×3日 = 1,500円支給
 食事手当 : 10,000円÷20日×3日 = 1,500円支給

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地 千葉県〇〇市△△ 1-2-3
 事業所名称 株式会社 けんぽ
 事業主氏名 代表取締役 健康 三郎
 電話番号 043XXXXXXX

④【賃金支給状況】

- 区分には手当名等を適宜記入してください。
- 「単価」欄は月当たり、1日当たり、1回当たり等で決まっている単価額を記入してください。
- 期間は賃金計算期間を記入し、その期間分として支給した額を記入してください。(支給がない場合は「0」を記入。)

⑤【賃金計算方法】

- 欠勤控除した額の計算方法、欠勤控除の有無、稼働に応じて支給する手当か、固定額を支給する手当か等を記入してください。

【賃金計算方法記入例】

- 基本給 : 300,000円÷20×3日 = 45,000円控除
- 食事手当 : 1日当たり500円×出勤日数3日 = 1,500円支給

⑥【証明欄】

- 証明日は締日以降の日付を記入してください。
- 社会保険の登録上届出をしている所在地、名称、事業主氏名を記入してください。
- 事業主印(代表者印)を押印してください。記入内容を訂正する場合は同じ事業主印を訂正箇所に押印してください。(修正テープによる訂正は認められません。)
- お問合せ先電話番号、担当者様の氏名を記入してください。

6 0 1 3 6 8

「事業主記入用」は4ページに続きます。➡

全国健康保険協会
協会けんぽ

3/4

療養担当者（医師等）記入（4ページ目）

健康保険 傷病手当金 支給申請書

療養担当者記入用

患者氏名 健保 太郎		初診日 (療養の給付 開始年月日)	
(1) 鎖骨骨折		(1) 1.平成 3 1 0 4 1 1	
(2)		(2)	
(3)		(3)	
発病または 負傷の年月日 1.平成 3 1 0 4 1 1		発病または 負傷の原因 右肩部強打	
労務不能と 認めた期間 1.平成 3 1 0 4 1 1 から 2 0		療養費用の別 ☒ 健保 ☐ 公費 () ☐ 自費 ☐ その他	
うち入院期間		転帰 ☒ 療養 ☐ 中止 ☒ 療養 ☐ 転医	
診療 実日数 (入院期間 を含む) 4 日		診療日及び入 院していた日 を○で囲んで ください。	
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 1.平成 2.令和	
鎖骨を骨折し、4月11日初診。鎖骨バンドで鎖骨を 固定。幹部が固定するまで安静とし、固定後はリハビリ が必要。		退院年月日 1.平成 2.令和	
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見			
骨折した幹部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労務不能と 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		人工臓器等 の種類	
上記のとおり相違ありません。		2-1 2 1 0 5 1 0	
医療機関の所在地 千葉県〇〇市〇〇町 1-2-3		電話番号 0 4 3 X X X X X X X	
医療機関の名称 〇〇総合病院			
医師の氏名 健保 次郎			

① 複数の傷病がある場合は、(1) から主たる傷病名を順次
記入し、それぞれに初診日の記入を受けてください。

② 治療期間ではなく、労務不能と認められる期間とその日数の
記入をうけてください。

労務不能期間は証明日以前②-1の期間に限りです。

③ ②の期間における症状および経過、労務不能と認めた医学的
な所見についてできるだけ詳しく記入を受けてください。

※記入内容を訂正する場合は、療養担当者（医師等）の印
を訂正箇所を受けてください。

様式番号
6 0 1 4 6 7

全国健康保険協会
協会けんぽ

4 / 4

○負傷が原因で申請する場合は負傷原因届の提出が必要です

健康保険 負傷原因 届

被保険者・事業主記入用 **(負)**

記入方法および添付書類等については、「健康保険 負傷原因 届 記入の手引き」をご確認ください。
届書は、指書で特内に丁寧に記入ください。 記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ア イ ウ

被保険者の (左づめ)	記号 5 4 0 3 0 0 1 3	番号 3 2 0	生年月日 年 月 日 昭和 平成 令和 3 9 1 1 0 6
氏名・印 (フリガナ)	ケンボ タロウ 健保 太郎 (健保)		
住所 (〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇)	千葉県 〇〇市〇〇 1-1 △△ハイツ 202		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (XXXX) XXXX		

負傷した方 負傷した方の勤務形態 ※該当するものを含む□を選択ください。 ☒ 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト ☐ 請負、法人の役員、ボランティア、インターンシップ等 ☐ 無職 ☐ その他 ()	☒ 被保険者・□被扶養者 (氏名) ☒ 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト ☐ 請負、法人の役員、ボランティア、インターンシップ等 ☐ 無職 ☐ その他 ()
傷病名	鎖骨骨折
負傷日時	平成 31 年 4 月 11 日 □午前・ ☒ 午後 8 時頃
負傷した時間帯(状況)	☐ 勤務時間中 □ 勤務日の休職中 □ 出張中 □ 私用中 □ その他 () ☐ 通勤途中 □ 出勤 □ 退勤 □ 寄り道等有り □ 寄り道等無し
負傷場所	☐ 会社内 ☒ 路上 □ 駅構内 □ 自宅 □ その他 ()
負傷原因	☐ 交通事故 □ 暴力 (ケンカ) ☒ スポーツ中 (□ 職場行事 □ 職場行事以外) ☐ 動物による負傷 (飼い主: □ 有 □ 無) ☐ あてはまらない
上記にあてはまる原因がある場合、相手はいますか。また、その場合は、あなたは被害者ですか、加害者ですか。	相手: □ 有 ☐ あなたは被害者 □ あなたは加害者 ☒ 無
負傷した時の状況を具体的に記入ください。	ジョギング中、段差につまづいて転倒した際、右肩のあたりを強打し負傷した。
治療経過	令和 1 年 5 月 10 日現在 □ 治癒 ☒ 治療継続中 □ 中止
治療期間	☒ 平成 31 年 4 月 11 日 から □ 令和 年 月 日まで

事業所 事業所の労災適用 有・無 → 「無」の場合、その理由 事業 (通勤) 災害 該当の理由 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	事業内容 上記、本人の申し立てのとおり □ 業務災害 □ 通勤災害 に関連しないことを認めます。
--	--

様式番号
 〇 〇 〇 〇 〇

協会使用欄
 〇 〇 〇 〇

交付日印
 〇 〇 〇 〇

全国健康保険協会
 協会けんぽ

(1 / 1)

負傷（ケガ）が原因で申請する際は、傷病手当金支給申請書に併せて「負傷原因届」のご提出が必要となります。

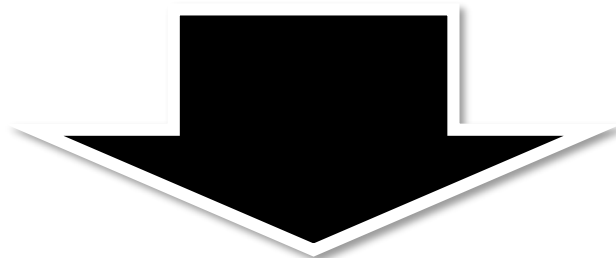
- ① 負傷原因が第三者による場合、「第三者等の行為による傷病届」のご提出が必要となります。詳しくは、協会けんぽ千葉支部までお問い合わせください。
- ② 負傷（ケガ）された時の状況を、詳しく記入してください。

5. 申請時のポイント

(1) 事業主証明のルールについて



**事業主証明の
ルールが変わるってほんとですか？**



**記載の省略が
できなくなります！**

※傷病手当金だけでなく出産手当金も同様です。



17

(2) 申請書が返戻になるケース



傷病手当金の書類で説明します

申請者情報、申請内容

1/4ページ

2/4ページ

事業主の証明

3/4ページ

療養担当者の意見書

4/4ページ

3ページ目の事業主記入用

賃金台帳

出勤簿

書類を添付して
記入や押印を省略
しているとき

**そうなの？
気をつけよう！**



**2020年4月以降、
記載のない申請書は
お返しします**

(3) まとめ

1. **傷病／出産**手当金が対象
2. 賃金台帳や出勤簿は**添付不要**
3. 申請書の項目は**すべて記入**

.....

**1 日でも早くお支払いするため
に必要なルールです。**

事業主の皆さまのご協力をお願いします。

