

傷病手当金について

(1) 傷病手当金の支給要件

- ① **業務とは関係のない**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 **(医師が労務不能と認めた場合)**
- 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『待期期間』と言い4日目から支給されます。
 - ▶ 年次有給休暇や公休日も待期期間に算入できます。
- ④ 会社から**報酬（給与）の支給がない**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。

(2) 傷病手当金の支給期間

傷病手当金の
支給期間

法改正後
(令和4年1月施行)

同じ原因の傷病について
支給開始日から「通算して」1年6か月

支給期間中に途中で就労するなど、傷病手当金が支給されない期間がある場合には、支給開始日から起算して1年6か月を超えても、支給の対象になります。

傷病手当金について

(3) 傷病手当金の支給日額

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

支給開始日以前の期間が12か月に満たない場合

▶② ① のいずれか低い額を算定の基礎とする。

② 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

① 30万円（当該年度の前年度9月30日における全被保険者の標準報酬月額の平均）

(4) 申請期限

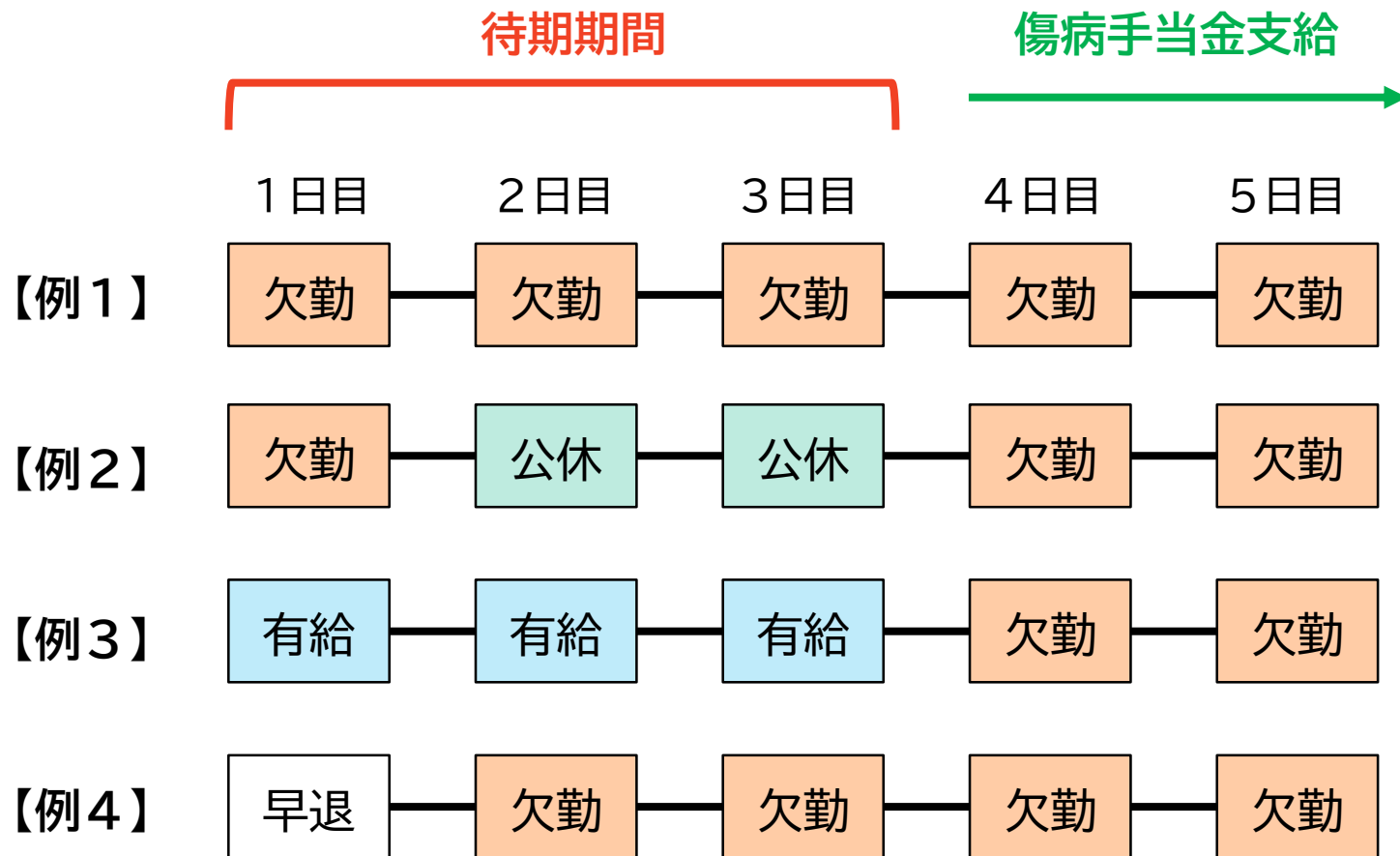
労務不能であった日ごとにその翌日から **2年**

傷病手当金の待期期間について

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. 有給休暇や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～例4はすべて待期期間として認められます



傷病手当金の支給額の調整について

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。

- ①事業主から給料の支払い（報酬）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傷病手当金と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

③・④のケースのように、傷病手当金の支給期間に年金（老齢年金・障害年金等）を受給した場合の支給額の計算方法は、以下のとおりです。

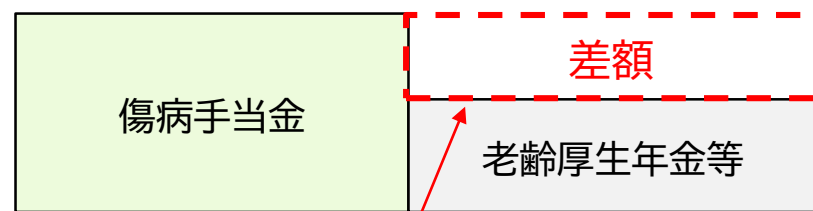
$$\text{傷病手当金の日額} - \frac{\text{老齢厚生年金等の年額}}{360} = \text{支給額の日額（差額分）}$$

【例1】 $\text{傷病手当金の日額} < \frac{\text{老齢厚生年金等の年額}}{360}$



傷病手当金は支給されません

【例2】 $\text{傷病手当金の日額} > \frac{\text{老齢厚生年金等の年額}}{360}$



差額分が支給されます

さかのぼって年金が裁定・改定された場合などは、支給が終わっている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。

傷病手当金の資格喪失後の継続給付について

資格喪失後の継続給付の要件

次の①と②の両方の要件を満たすことが必要です。

①退職日までに被保険者期間（協会けんぽ・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、国民健康保険期間は除く）

②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

受けられる状態とは、待期期間を満たし、傷病手当金が報酬や障害年金等の額との調整により支給停止されている状態のこと。

退職日に出勤し、労務に服している場合は、資格喪失後の給付は受けられません。

【例1】 欠勤 — 欠勤 — 欠勤 — 欠勤 — 労務不能 ○

待期期間

【例2】 出勤 — 欠勤 — 欠勤 — 欠勤 — 労務不能 ✕

待期期間

【例3】 有給 — 有給 — 有給 — 有給 — 労務不能 ○

待期期間

【例4】 欠勤 — 欠勤 — 欠勤 — 出勤 — 労務不能 ✕

待期期間

退職日

退職日以前に傷病手当金を
受けられる状態が
1日以上ないため、
資格喪失日以降は対象外

退職日に出勤しているため、
資格喪失日以降は対象外

■ 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

※一度でも労務可能となり受給が中断された場合はその時点で受給権が消滅するため、その後労務不能となっても支給されません。

傷病手当金支給申請書の構成について

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・療養担当者（医師）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）

令和5年1月からの申請は、**新様式**をご利用ください。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 ページ

被保険者記入欄

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 ページ

被保険者記入欄

1 ページ、2 ページ
被保険者
記入欄

健康保険 傷病手当金 支給申請書

2 ページ

事業主記入欄

健康保険 傷病手当金 支給申請書

2 ページ

事業主記入欄

3 ページ
事業主
証明欄

健康保険 傷病手当金 支給申請書

3 ページ

療養担当者記入欄

健康保険 傷病手当金 支給申請書

3 ページ

療養担当者記入欄

健康保険 傷病手当金 支給申請書

4 ページ

療養担当者記入欄

健康保険 傷病手当金 支給申請書

4 ページ

療養担当者記入欄

4 ページ
療養担当者
（医師）
意見記入欄

主な変更点と記載時の留意事項

1 ページ
(被保険者記入欄)

● 1 ページ (被保険者記入欄)

《ご注意いただきたいポイント》

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者が病気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。

被保険者証 (左の欄) ① ② ③

氏名 (カタカナ) ③
氏名
郵便番号 (ハイフン除く)
電話番号 (左のハイフン除く)
住所

振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご記入ください。

金融機関名称 ④
支店名
口座番号 (左の欄)
口座種別 1 普通預金

被保険者のマイナンバーを記入してください。
(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。)

⑤

社会保険労務士の
提出代行署名記入欄



①②被保険者証の「記号・番号」の
記入誤りにご注意ください。

※退職等で資格を喪失した後も申請する場合は、
退職日までの「記号・番号」をご記入ください。

③被保険者の「氏名」と「氏名 (カタカナ)」両方、
必ずご記入ください。

④『振込先指定口座』は、被保険者 (申請者) と
同じ名義の口座をご記入ください。

※被保険者 (申請者) と異なる名義の口座を記入した場合、
振り込みができず、別途再振り込みの手続きが必要となるため
ご注意ください。

⑤マイナンバーは①記号と②番号を記入していない
場合のみご記入ください。

※マイナンバーを記入した場合は、追加で本人確認のための
添付書類が必要です。

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

M/N確認 (被保険者) 1. 記入 (有) 2. 記入 (有) 3. 記入 (有)

障害 1. 1. 2. 2. 3. 3.

年金 1. 1. 2. 2. 3. 3.

労災 1. 1. 2. 2. 3. 3.

戸籍 (法定代理) 1. 1. 2. 2. 3. 3.

口座証明 1. 1. 2. 2. 3. 3.

その他 1. 1. 2. 2. 3. 3.

6 0 1 1 1 1 0 1

全国健康保険協会
協会けんぽ

1 / 4

2 ページ (被保険者記入欄)

《ご注意いただきたいポイント》

①医師が労務不能と認めた期間（4 ページ）内で、申請する期間をご記入ください。

※最初の申請時には、待期期間の3日間も含めて申請してください。
※医師が労務不能と認めた場合でも、就労している場合は傷病手当金の支給対象にはなりません。

②仕事内容を具体的にご記入ください。
(2回目以降の申請でも必ずご記入ください)

③申請する傷病が 業務外の事由によるものかご確認ください。

※仕事中以外（業務外）での傷病の場合、「1」と記入ください。

※傷病の原因が「2 仕事中（業務上）での傷病」または「3 通勤途中での傷病」の場合、原則、労災保険給付の対象となるため傷病手当金の支給対象外となります。労働基準監督署にご相談ください。

④申請期間に報酬を受けたかご確認ください。
また、3 ページの事業主証明の賃金支給状況と同じかどうか、ご確認ください。

※3 ページの事業主証明で賃金の支払いがある場合で、④の報酬を受けましたかを「2. いいえ」にされている場合は、確認のため、申請書をお返しすることになります。

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 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
② 被保険者の仕事の内容 (退職後の申請の場合は、退職後の仕事の内容)	
③ 傷病名	☐ 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、左記に記入してください。 別欄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証明の証明を受けてください。
④ 発病・傷病年月日	1. 平成 年 月 日 2. 令和 年 月 日
⑤-1 傷病の原因	1. 仕事中以外(業務外)での傷病 2. 仕事中(業務上)での傷病 3. 通勤途中での傷病
⑤-2 傷病の原因	1. はい 2. 請求中(「所屬基準監督署」)
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。	1. はい 2. いいえ
⑦-1 申請期間(療養のために休んだ期間)に報酬を受けたか。	1. はい → ⑦-2へ 2. いいえ
⑦-2 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入されている内容のとおりですか。	1. はい 2. いいえ → 事業主へ確認のうえ、正しい証明を受けてください。
⑧-1 障害年金、障害手当金について 今般傷病手当金を申請するものと同一の傷病で「障害年金」または「障害手当金」を申請していますか。(同一の傷病で傷病手当金を申請している場合は、傷病手当金の額を記載します。)	1. はい → ⑧-3へ 2. いいえ
⑧-2 遺族年金等について 遺族年金による障害年金受給権を有する等の理由により、傷病手当金を申請する場合は記入してください。傷病手当金を受給する事由となる労務不能を証明している場合は、傷病手当金の額を記載します。	1. はい → ⑧-3へ 2. いいえ
⑧-3 ⑧-1または⑧-2を「はい」と答えた場合のみ、ご記入ください。	1. 平成 年 月 日 2. 令和 年 月 日
⑨ 今般の傷病手当金を申請する期間において、別欄により、労災保険から休業補償給付を受ける場合があります。	1. はい 2. 請求中(「所屬基準監督署」) 3. いいえ

「事業主記入用」は3ページ目に添えます。》》》

6 0 1 2 1 1 0 1

● 3ページ（事業主記入欄）

＜被保険者氏名＞ 被保険者氏名は **カタカナ** で記入

被保険者氏名
(カタカナ)

ケンホ。 タロウ

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。

＜勤務状況＞

申請期間のうち、出勤日がない場合でも「年月」は記入してください。

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

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**についてご記入ください。

・出勤日を「○」で囲ってください。

(早退した日については、該当日に「早」と記載してください)

※「欠勤日」「公休日」「有給取得日」については、記入する必要がなくなりました。

『出勤簿』や『賃金台帳』などは**添付せず**、当該ページに記入してください。

《賃金支給状況について》

申請期間中の 出勤していない日 に対して

給与**支給なし**
※欠勤控除済み



記入は不要

下記に当てはまる場合、記入は不要です

- 基本給や各種手当をすべて欠勤控除している
- 出勤に対する給与（日給や時間給など）、残業手当

給与**支給あり**
※有給、各種手当などの
欠勤控除なし



記入が必要

《賃金支給状況（記入例）》

◆ 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）と金額を記入して下さい。
(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。)

例1：令和5年1月1日～令和5年1月31日：家族手当10,000円（出勤等の有無にかかわらず支給している場合）

① 令和 年 月 日 から 年 月 日 円

例2：令和4年10月1日～令和5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）

① 令和 年 月 日 から 年 月 日 円

◆ **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。

例3：令和5年3月1日～令和5年3月3日に有給（有給単価が1日あたり8,000円の場合）

① 令和 年 月 日 から 年 月 日 円

例4：令和5年3月10日に半日有給（有給単価が1日あたり8,000円の場合）

① 令和 年 月 日 から 年 月 日 円

新型コロナウイルス感染症における傷病手当金の申請について

新型コロナウイルスによる傷病手当金の対象となる方

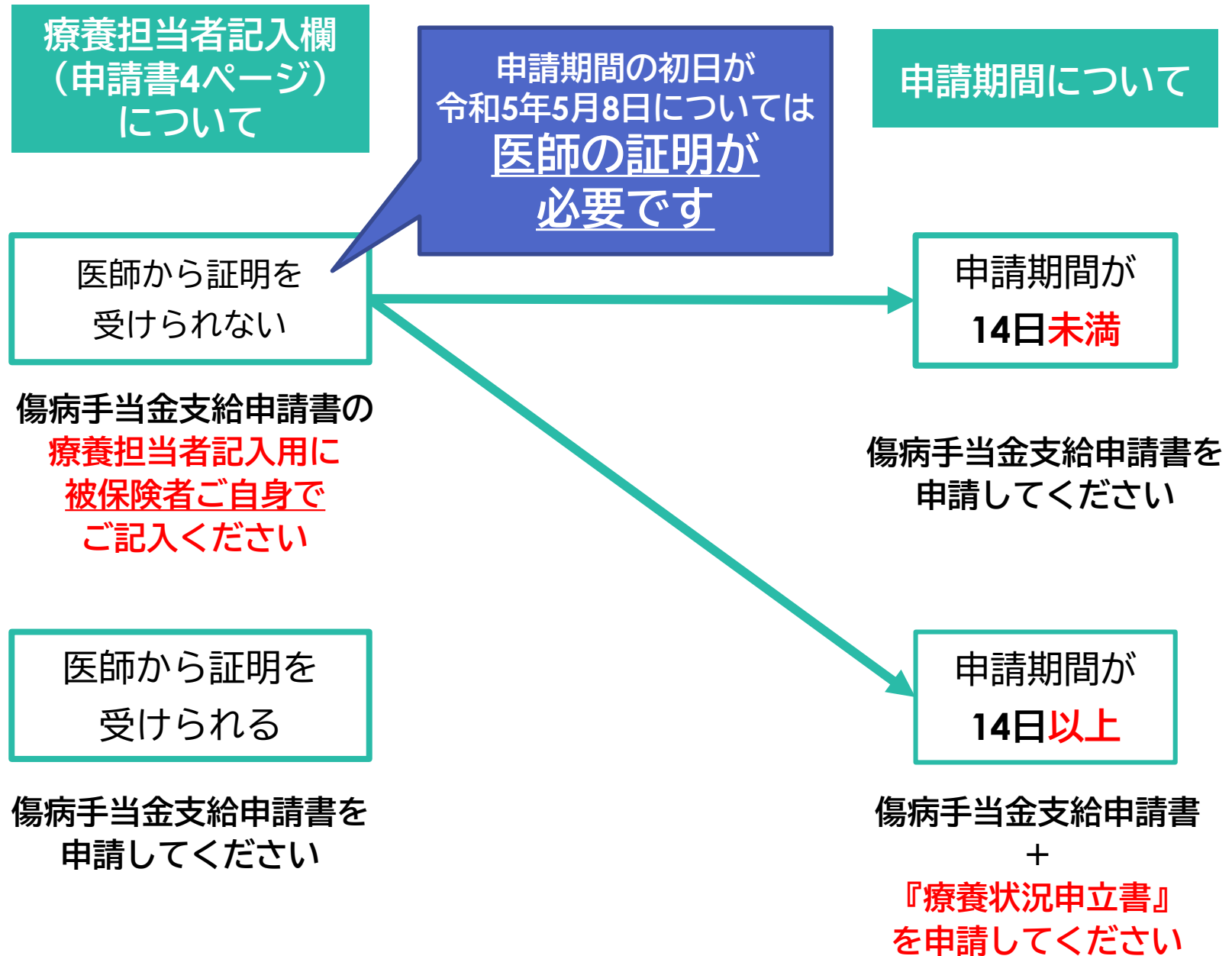
- ・ 新型コロナウイルス「陽性」の方
- ・ 新型コロナウイルス感染が疑われ、発熱等の症状がある方

※自覚症状の例：38.0℃の発熱、のどの痛み、せきの症状があった など

対象とならない方

- ・ 発熱等の自覚症状がない方
(濃厚接触者でも、自覚症状がない場合は対象になりません)

新型コロナウイルス感染症における傷病手当金の申請について



新型コロナウイルス感染症における傷病手当金の申請について



4 ページ

医師から「療養担当者記入用」の証明を受けることができない場合

ご自身で記入する際に
ご注意いただきたいポイント

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 ページ
療養担当者記入用

患者氏名 (カタカナ)	① ケンポ° タロウ
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。	
労務不能と認められた期間 (勤務先での復原の判断に 要することができない期間をいいます。)	② 令和 05 年 01 月 04 日 から 令和 05 年 01 月 09 日 まで
傷病名 (労務不能と認められた期間 をご記入ください)	③ 新型コロナウイルス感染症
発病または負傷の原因	初診日 (療養の給付の開始 年月日)
発病または負傷の 年月日	1. 平成 年 月 日 2. 令和 年 月 日
労務不能と認められた期間 に診療した日がありましたか。	④ 1. はい 2. いいえ
⑤ 上記期間中における 「主たる症状及び経過」「治療内容、検査 結果、療養指導」等	38.0℃の発熱、のどの痛み、せきの症状があった
上記のとおり相違ないことを証明します。	⑦ 令和 05 年 01 月 15 日
医療機関の所在地	
医療機関の名称	医療機関への受診ができず、医師から証明を受けることが困難であったため、被保険者自身で記入しました
医師の氏名	健保 太郎
電話番号	

- ①被保険者の氏名をカタカナでご記入ください。
- ②申請書2ページ目「被保険者記入用」に記入した申請期間と同じ日付をご記入ください。
- ③次の(1)か(2)のいずれかをご記入ください。
(1) 新型コロナウイルス感染症「陽性」の場合
→『新型コロナウイルス感染症』
(2) 「陰性」または検査未実施だが、
発熱等の自覚症状がある場合
→『新型コロナウイルス感染症の疑い』
- ④『2』をご記入ください。
- ⑤発病時の症状をご記入ください。
- ⑥『医師の証明を受けることができず被保険者自身が記入した』などの旨を記入し、署名をしてください。
- ⑦申請書4ページ目「療養担当者記入用」を記入した日をご記入ください。

申請期間の初日が令和5年5月8日以降の申請については、医師の証明が必要です

