

Q

傷病手当金支給申請書と出産手当金支給申請書の3ページ目の書き方がわかりません。



A

確認するポイントと記入例をご用意しました。

申請書3ページ目(事業主記入用)は何を確認しているの?

3ページ目 傷病手当金 支給申請書
事業主記入用

1 2 3 4 ページ

05 02 01 05 02 28 30 00 00

6 0 1 3 1 1 0 1

全国健康保険協会
宮城県支部

2ページ目 傷病手当金 支給申請書
被保険者記入用

申請期間

- ✔ 申請期間に出勤した日があるか
- ✔ 申請期間の内、
出勤日していない日に対する報酬があるか
(有給や通勤手当(月額)が支給されている場合、
傷病手当金の支給額から減額されます)
- ✔ 申請期間以降の年月日に証明しているか
- ✔ 保険証に記載された事業所の
「所在地」「名称」「事業主の氏名」
が記入されているか
※事業主印不要





(控除をしている)

例 申請期間の全期間お休みしており、報酬を支給していない場合

● 申請期間

令和4年12月1日から令和5年1月15日まで

● 申請期間内に出勤した日

なし

● 申請期間に対する報酬

0円

❗ 事業主様からのお問い合わせ

Q. 賃金締日が「月末」で、1月16日以降は出勤しているため、1月分の給料は発生している場合は、報酬額を記入する必要はあるか?

A. 「令和4年12月1日～令和5年1月15日」に対する賃金が発生していない場合は、**報酬の記入は不要**です。

❗ 事業主様からのお問い合わせ

Q. 給料を記入していないのに、どのように傷病手当金を算定するのか?

A. 日本年金機構に提出いただいている標準報酬月額データのデータを基に算出しております。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

労働に就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い状況等をご記入ください。

被保険者氏名 (カタカナ) **ケンポ タロウ**

勤務状況 (月別) 04 12 (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)

05 01 (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)

05 02 01

事業所所在地 〒123-4567 仙台市〇〇区〇〇町〇-〇-〇

事業所名称 〇〇会社

事業主氏名 〇〇〇

電話番号 022-000-0000

60131101

全国健康保険協会 協会けんぽ

3/4

申請期間内に出勤日がなくても申請期間に該当する年月は必ず記入。

申請期間以外に対する報酬は記入不要です。
(〇月〇日～〇月〇日 0円
といった報酬0円に関する記入も不要です。)
※誤って記入した場合は、二重線で削除ください。

例 全期間お休みしているが、有給等で報酬が発生している場合

● 申請期間

令和5年1月9日から令和5年1月20日まで

● 申請期間内に出勤した日

なし

● 申請期間に対する報酬 (月末締の場合)

令和5年1月9日の有給 8,000円

令和5年1月分の共済金 5,000円

令和4年11月1日～1月31日の電車定期代 54,000円

❗ 事業主様からのお問い合わせ

Q. 月額から欠勤控除した額 (月額÷年間所定労働日数×欠勤日数) を支給するため、有給が固定ではない。有給の額はどのように記入すればいいか。

A. 1日分の欠勤控除額=1日分の有給の額と考えます。
支給額 (月額-控除金額)÷支給日数 (出勤日数+有給日数) で日額を計算いただければ、1日当たりの有給の額が算出されます。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

労働に就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い状況等をご記入ください。

被保険者氏名 (カタカナ) **ケンポ タロウ**

勤務状況 (月別) 05 01 (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)

05 01 (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)

05 02 01 05 02 28 30 00 00

05 01 01 05 01 09 8000

05 01 01 05 01 31 5000

04 11 01 05 01 31 54000

05 01 31

事業所所在地 〒123-4567 仙台市〇〇区〇〇町〇-〇-〇

事業所名称 〇〇会社

事業主氏名 〇〇〇

電話番号 022-000-0000

60131101

全国健康保険協会 協会けんぽ

3/4