

健康保険 傷病手当金 支給申請書 記入の手引き

業務外のケガ(負傷)・病気による療養のために会社を休み、給料を受けられないときの生活保障として支給されます。

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相続人の方がご記入ください。

1 / 4 ページ

2 / 4 ページ

事業主の証明

事業主に記入を依頼してください。

3 / 4 ページ

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。

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。(コピーと指定していないものは原本が必要です。)

支給開始日以前の12ヶ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
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、支給開始年月を証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(資格喪失後に申請する場合)	○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、支給開始年月日を証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」※タムラ製作所健保のホームページから印刷できます
第三者による傷病の場合	「第三者行為による傷病届」 ※タムラ製作所健保のホームページから印刷できます
被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合	被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等

ご提出・お問合せ先

次ページに記入例があります。➡



〒178-8511 東京都練馬区東大泉1-19-43
TEL 03-3978-2083 FAX 03-3978-2086

タムラ製作所健保

検索

1 記号・番号は被保険者証に記載されています。



2 被保険者が亡くなられて、相続人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。)
※生年月日は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

3 タムラ製作所健康保険組合に加入している会社にお勤めの方は振込先指定口座は記入不要です。口座名義の区分を「2. 代理人」を指定し、下の受取代理人の欄の被保険者欄に記名（自署）ください。それ以外の方（任意継続被保険者等）は振込先指定口座を記入し、口座名義の区分は「1. 申請者」を指定してください。受取代理人の欄は記入不要です。

4 被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。本人確認をするための添付書類は通知カードのコピーや、個人番号が記載された住民票の写し等の添付が必要となります。

1 2 3 4

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者（申請者）記入用

1 被保険者証の 記号 (右づめ)	被保険者証の 記号	番号	生年月日	年	月	日
	6 7	1 2 3 4	昭和 平成 令和	6	1	10 2 4
2 氏名 (自署)	ケンボ グロウ 健保 太郎					
	住所 (〒 1 7 8 - 1 2 3 4) 東京 都 練馬区西大泉 7 - 6 - 5					
3 振込先指定口座	金融機関名称		預金種別		口座番号	
	銀行 (普通) 預種 (普通) (通知) (その他)		1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知		口座番号	
口座名義		口座名義の区分		1. 申請者 2. 代理人		
受取代理人の欄		被保険者 (申請者) 自署		代理人 (口座名義人)		
受取代理人 (事業主) 記入欄		氏名 健保 太郎		住所 「被保険者 (申請者) 情報」の住所と同じ		

「申請者記入用」は2ページに続きます。}}}

4 被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です
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不要です

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

(82.12) 受付日付印

タムラ製作所健康保険組合 1/4

5 ご記入いただいた申請期間に対応する期間について、事業主の証明と療養担当者の意見をいただけてください。

6 お仕事の内容は「事務員」などではなく、具体的に「経理担当事務」「営業」「部品設計」など具体的にご記入ください。
(退職後の申請の場合は、在職時のお仕事の内容をご記入ください。)

7 労災保険から休業補償給付を受けていた(受けている)場合、過去に労災保険から休業補償給付を受けていて、休業補償給付と同一のけがのために労務不能となった場合には、傷病手当金は支給されません。また、業務外の理由による病気やケガのために労務不能となった場合でも、別の原因で労災保険から休業補償給付を受けている期間中は、傷病手当金は支給されません。ただし、休業補償給付の日額が傷病手当金の日額より低いときは、その差額が支給されます。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

(1) (2) (3) (4)

被保険者(申請者) 記入用

1 傷病名 **1** 肺炎 2 発熱 令和 X年 4月 22日
 3 傷病の発症は病気(傷病)ですか、ケガ(負傷)ですか、 1 病気 (傷病)の場合、 **1** 発熱 自宅や新しい医療機関より病院へ行くとご自身で療養と判断された。
 4 療養のための休んだ期間(申請期間) 令和 X年 4月 22日 から X年 5月 12日 まで 日数 21日
 5 あなたの会社の名称(具体的に) **株式会社**
 (退職後の申請の場合は退職前の会社の名称)

1 上記の療養のための休んだ期間(申請期間)に給付を受けましたか、または今後受けられますか、
 1 『はい』 または 『請求中』 と答えた場合は、支給の事由となった(なる) 傷病名及び基礎年金番号をご記入ください。
 2 『いいえ』 または 『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。
 3 『はい』 または 『請求中』 と答えた場合は、支給の事由となった(なる) 傷病名及び基礎年金番号をご記入ください。
 4 有期の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間中のみで、
 5 介護サービスを受けたとき

【被保険者の方へ】 お勤め先の事業所に証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

8 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。

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

上記の期間に対して、
 資金を支給しました(します)か? はい いいえ

給与の種類 月給 時間給 歩合給 その他

資金計算 締日 **末日**
 支払日 当月 翌月

区分	単価	4月 1日 ～ 4月 30日分	5月 1日 ～ 5月 31日分	月 日 ～ 月 日分	支給額
基本給	300,000	135,000	0		
通勤手当	120,000	0	0		
住居手当	20,000	20,000	0		
扶養手当					
手当					
手当					
現物給与					
計	440,000	155,000	0		

上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 3年 6月 3日 担当者氏名 **〇〇 ▼×▼**

事業所所在地 **東京都練馬区中央1-1-1**
 事業所名称 **株式会社 タムラ〇〇〇**
 事業主氏名 **健保 三郎** 電話 **03 4234) 5678**

【事業主の方へ】

8 労務に服することが出来なかった期間を含む賃金計算期間(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)の勤務状況について、
 出勤した場合は「○」
 有給の場合は「△」
 公休日の場合は「公」
 欠勤の場合は「／」
 で表示してください。

9 給与の種類について、
 該当する給与の種類を選んでください。

10 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。

11 労務に服することが出来なかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。

※ご記入いただいた内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

患者氏名			療養の給付開始年月日(1)令和 年 月 日
傷病名	(1) (2) (3)	療養の給付開始年月日(2)令和 年 月 日	(3)令和 年 月 日
疾病または負傷の年月日	令和 年 月 日	別病または負傷の原因	
労務不能の初発期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他
うち入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	診療	<input type="checkbox"/> 診療 <input type="checkbox"/> 中診 <input type="checkbox"/> 利便
診療日誌	診療日を 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 ○で書き 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 く下さい。	上記の期間中に「主たる症状及び経過」「治療内容」「検査結果」「療養指導」(詳しく)	送附年月日 令和 年 月 日
15	送附年月日 令和 年 月 日		
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所見			
人工透析を実施または人工臓器を装着した日 令和 年 月 日			
人工透析の開始または人工臓器を装着した日 令和 年 月 日			
上記のとおり欄はありません。 令和 年 月 日			
医療機関の所在地 医師職員の名称 医師の氏名 電話 ()			

【療養担当者の方へ】

- 12 複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次ご記入ください。
- 13 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。
- 14 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ご記入ください。
- 15 症状および経過、労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。

※訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と療養担当者(医師等)の氏名(サイン)をご記入ください。
 ※病院を転院した場合、それぞれの病院で療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

傷病手当金の支給要件等

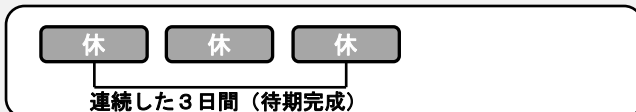
支給を受ける条件

被保険者が病気やけが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。

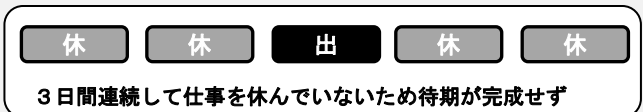
- 1 業務外の事由による病気やけがのため療養中であること
- 2 仕事につけないこと(労務不能)
 労務不能の判定は、療養担当者(医師等)の意見を基に被保険者の従事する業務の種別を考慮し、本来の業務に耐えられるか否かを基準として行います。
- 3 3日間連続して仕事を休み、4日目以降にも休んだ日があること
 3日間連続して休んだことを『待期完成』言います。
 なお、待期完成に要した3日間に対しては傷病手当金は支給されません。

【待期完成の考え方】※凡例 休：無給休暇 有：有給休暇 公：土日祝等の会社で定められた休暇 出：出勤

例1)3日間連続して仕事を休んだ場合⇒○：待期完成



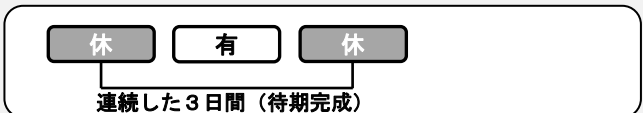
例2)3日間連続して仕事を休んでいない場合⇒×：待期完成



例3)出勤を挟み、その後3日間連続して仕事を休んだ場合⇒○：待期完成



例4)公休日・有給日を含んで3日間連続して仕事を休んだ場合⇒○：待期完成



(注1) 勤務時間中に業務外の事由による傷病のため仕事につけなくなり、その後仕事を休んだ場合は、その日を含め3日間連続して休むと待期が完成します。

- 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。
 ※下記「支給期間と支給額」2「支給額」参照

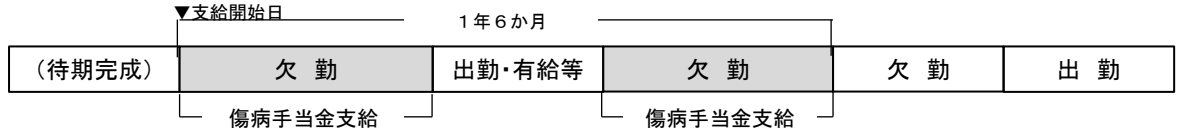
<被保険者資格喪失後に継続して傷病手当金を受ける場合>

被保険者の資格を喪失した場合でも、次の①②に該当した場合は引き続き支給を受けることができます。

- ①資格喪失日の前日(退職日等)までに被保険者期間が継続して1年以上(任意継続被保険者期間は除く)あること
- ②資格喪失日の前日(退職日等)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(上記支給を受ける条件 1 ~ 3 を満たしている。)にあること

支給期間と支給額

- 1 支給期間**
傷病手当金は支給が始まった日（支給開始日）から1年6か月間の期間で、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となります。



- 2 支給額**
1日当たりの金額：【支給開始日の以前12か月間の各標準報酬月額を平均した額】（※）÷30日×（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。）
- （※）支給開始日の以前の期間が12か月に満たない場合は、
- ・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
 - ・当該年度の前年度9月30日における全被保険者の同月の標準報酬月額を平均した額を比べて少ない方の額を使用して計算します。

- 3 傷病手当金の調整**
①～⑤もあてはまる場合、傷病手当金の支給額の一部または全部が調整されます。

①給与の支払いがあった場合

休んだ期間について、給与の支払いがある場合、傷病手当金は支給されません。ただし、休んだ期間についての給与の支払いがあっても、その給与の日額が傷病手当金の日額より少ない場合、傷病手当金と給与の差額が支給されます。

②障害厚生年金または障害手当金を受けている場合

同一の傷病等による厚生年金保険の障害厚生年金の額（同一支給事由の障害基礎年金が支給されるときはその差額が支給されます。また、障害手当金の場合は、傷病手当金の合計額が傷病手当金の額に達することとなる日までの間、傷病手当金は支給されません。

③老齢退職年金を受けている場合

資格喪失後に傷病手当金の継続給付を受けている方が、老齢退職年金を受けている場合、傷病手当金は支給されません。ただし、老齢退職年金の額の360分の1が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。

④労災保険から休業補償給付を受けている場合

業務外の理由による病気やけがのために労務不能となった場合でも、別の原因で労災保険から休業補償給付を受けている期間中は、傷病手当金は支給されません。ただし、休業補償給付の日額が傷病手当金の日額より少ないときは、その差額が支給されます。

⑤出産手当金を同時に受けられるとき

傷病手当金の額が出産手当金の額よりも多ければ、その差額を支給することになります。

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