

傷病手当金(付加金)支給申請の手引き

傷病手当金は、被保険者が業務外の病気やけがで療養のため仕事を休み、その間の給与が支払われないときに、被保険者の生活費を保障するための保険給付になりますので、一ヶ月毎に申請してください。また、訂正箇所には訂正印を押印していただくと共に、記入漏れや添付書類に不備があると支給決定されませんのでご注意ください。なお、審査には時間を要する場合があります。

【 被保険者の方へ 】

1. 記入上の注意

- ①は『マイナポータル』『資格情報のお知らせ』『資格確認書』等でご確認いただけます。資格喪失後の場合は、在職時の記号番号を記入してください。
- ④は勤務している(いた)事業所(会社名)をご記入ください。
- ⑥は職種をチェックしてください。退職後に申請をされる場合は、在職時の職種をチェックしてください。
- ⑨は「どのような状況の時に」「どのような自覚症状があったか」や、「どこで」「何がおきて」「どうなったか」など、発症または負傷から受診までの経過が分かるように、詳しく記入してください。
- ⑩で「はい」と回答した場合は、別途『第三者行為による傷病届』にも記入の上、申請書に添付してください。
- ⑫は⑩の期間中の自覚症状や、日常生活状況等を記入してください。
- ⑭の「受けた・受けない」はこの申請書を提出するとき(現在)までのこと、「受けられる・受けられない」はこの申請書を提出した後(将来)のことです。
- ⑮は離職票の発行が「有」の場合、雇用保険の手続きの進行状況に合う内容を○で囲ってください。なお、必要に応じて関係書類の原本の提示をお願いすることがあります。(「全て未手続」は手続きを一切行っていない場合に選択してください。)
- ⑰で会社経由を希望した場合、⑳委任欄に記入してください。なお、任意継続被保険者および資格喪失者は、事業所経由で受け取ることはできませんので、必ず㉑振込指定口座を記入してください。
- ㉒で振込先にゆうちょ銀行を指定される場合は、必ず振込用の口座を記入してください。
- 被保険者等の記号・番号ではなく、個人番号により申請をされたい場合は、㉓備考欄に個人番号を記入してください。なおその場合、個人番号確認や本人確認及び委任状等が必要になりますので、事前に当健康保険組合までご連絡ください。

2. 添付書類

負傷の原因が第三者の行為によるものの方	● 第三者行為による傷病届 ※別途書類が必要な場合もありますので、事前にご確認ください
労災保険から休業補償を受給中の方	● 休業補償給付金支給決定通知書の写し
障害厚生年金、障害手当金または老齢退職年金を受給中の方	● 年金証書またはこれに準ずる書類の写し ● 年金の給付額と、支給開始年月日を証明する書類の写し ● 年金の直近の額を証明する書類(年金改定通知書等)の写し

※ 添付書類の提出は原則1回です。但し提出書類に変更が生じた場合は再提出をお願いします。また、必要に応じて、別途証明書類を提出していただく場合があります。

【 事業主の方へ 】

1. 記入上の注意

- ①の申請期間が被保険者の資格を喪失した後の期間であるときは、事業主の証明は必要ありません。
- ⑧には、『単価』の欄に通常の賃金額を記入した上で、傷病手当金の申請期間を含む賃金計算期間ごとに内訳を記入してください。なお、通勤手当や現物給与等も支給調整の対象になる為、記入漏れのないようご注意ください。

2. 添付書類

一回目の申請時	㉔ 出勤簿 (待機期間等の確認のため、請求期間前1ヶ月～請求期間の出勤簿) ㉕ 賃金台帳 通勤手当の確認ため、当該年度の賃金台帳を添付してください。 また、欠勤控除が翌月以降になる場合は、欠勤控除が行われた月の賃金台帳も添付してください。
二回目以降の申請時	一部でも報酬の支払いがあるとき、または申請期間が継続していないときのみ、以下を添付してください。 ㉔ 出勤簿 (申請期間) ㉕ 賃金台帳 原則申請期間。但し、欠勤控除が翌月以降になる場合は、控除が行われた月の賃金台帳も添付してください。

【 医師の方へ 】

⑳の欄は、治療期間ではなく、療養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。

健康保険 傷病手当金 傷病手当金付加金 支給申請書
延長傷病手当金付加金

被	① 被保険者等 記号 番号		② 被保険者(申請者)の氏名 (フリガナ)		③ 生年月日 昭和 年 月 日 平成		④ 被保険者の事業所名称	
	⑤ 被保険者の(申請者)住所 〒 -		日中連絡が取れる電話 ()				⑥ 業務の種類別 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 研究 <input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> 他 ()	
保	⑦ 発病または負傷年月日 昭・平・令 年 月 日 (頃)		⑧ 傷病名		⑨ 発病の状態又は負傷の原因を詳しく			
	⑩ 療養の為に休んだ期間(申請期間) 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		⑪ 申請日数		⑫ 日間			
者	⑬ 上記⑩の申請期間中の傷病の状態を詳しく		⑭ 薬の服用		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	⑮ 上記⑩の申請期間中の報酬を受けましたか、また今後受けられますか。 「現在」「将来」共にいずれかにチェックして下さい		現在 <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない	将来 <input type="checkbox"/> 受けられる <input type="checkbox"/> 受けられない	「受けた」「受けられる」と回答した場合、その報酬の基礎となる期間と額 令 年 月 日 ~ 令 年 月 日 の分として 円			
記	⑯ 労災保険から休業補償を受けている期間の傷病手当金の申請ですか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ		「はい」または「労災請求中」と回答した場合、支給(請求)元の労働基準監督署名 労働基準監督署 「請求中」または「いいえ」と回答した場合、後日労災給付の受給が決定した場合は、速やかに支給決定通知書(写し)を提出してください。なお、健康保険法第55条第2項の規定に基づき、当健保から労働基準監督署等に対して労災受給状況の確認を行う場合があります。			
	⑰ 「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「障害厚生年金」ですか「障害手当金」ですか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ		「はい」または「請求中」と回答した場合 (請求中の場合は基礎年金番号のみ) 基礎年金番号 年金コード 受給の要因となった傷病名 年金支給開始日 年金合計額(厚生・基礎・手当) 円			
入	⑱ 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		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ		「はい」または「請求中」と回答した場合 (請求中の場合は基礎年金番号のみ) 基礎年金番号 年金コード 年金支給開始日 年金合計額(厚生・基礎) 円			
	⑲ 雇用保険について(退職後の方のみ)		退職票発行 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 全て未手続・受給延長手続き済み(手続き中)・受給(申請)中		⑳ 給付金の受取方法 ※任意継続および退職後の方は個人口座への振込になります <input type="checkbox"/> 会社経由での受取を希望する ⇒ ㉑ 委任状欄に記入してください <input type="checkbox"/> 個人の口座へ振り込みを希望する ⇒ ㉒ 振込指定口座を記入してください			
欄	㉑ 委任欄		本申請に基づく給付金の受領は事業主に委任します 被保険者氏名 ※ ㉒に該当される方は記入しないでください					
	㉒ 振込指定口座(被保険者本人名義の口座に限ります)		金融機関名		支店名		健保受付印	
種別		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座名義		口座番号		
口座番号		㉓ 備考欄						

使 用 欄	法定	付加	延長	調整	支給
	支給期間	~ ()	支払方法	事業所・個人	支払日

次ページに続きます

事業	②③ 給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> その他()		②④ 賃金計算	締日	日	支払日	<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月	日																									
	②⑤ 労務に服さなかった期間	平成 令和			年	月	日	から	平成 令和	年	月	日	まで	日間																				
	②⑥ ②⑤の期間中の賃金の支払い状況について	<input type="checkbox"/> 現在までも、将来も支給しない <input type="checkbox"/> 全部支給または一部支給した(する)																																
	②⑦ ②⑤の期間中の勤務業況について	出勤は「○」 有給は「△」 公休は「公」 欠勤は「□」 休職は「/」で表示してください											出勤	有給																				
	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	日
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	日	日
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	日	日
主	②⑧ ②⑤の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を下欄に記入してください	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。																																
	支給した(する)賃金内訳	期間	単価(1ヶ月分)	月 日～	月 日～	月 日～																												
		区分		月 日分	月 日分	月 日分																												
		基本給																																
		住宅手当																																
		扶養手当																																
		通勤手当																																
		時間外手当																																
		現物給与																																
		手当																																
	手当																																	
	計																																	
欄	上記のとおり相違ないことを証明します。											令和 年 月 日																						
	所在地												*交通費の支給について																					
	事業所名												支給方法 無・1ヶ月・6ヶ月																					
	事業主氏名												[6ヶ月通勤費 (円)]																					
													<input type="checkbox"/> 休職のため 月 日から支給停止 <input type="checkbox"/> 欠勤のため 月 日から支給停止																					

療	②⑨ 受診者氏名												③⑩ 傷病名																				
	③⑪ 発症または負傷の年月日	昭・平・令	年	月	日							③⑫ 発症または負傷の原因																					
	③⑬ 療養の給付を開始した年月日(貴院での初診日)	昭・平・令	年	月	日																												
	③⑭ 労務不能と認めた期間	平成 令和	年	月	日	から	平成 令和	年	月	日	まで	日間	③⑮ 診療実日数	日																			
	③⑯ ③⑭の期間のうち入院期間	平成 令和	年	月	日	から	平成 令和	年	月	日	まで	日間																					
担	③⑰ 診療日および入院していた日を○で囲んでください。	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
師	③⑱ 労務不能である状況がどのようなものであるか、具体的に詳しく記入してください	(1) ③⑭の期間中における「主たる症状」「治療内容、検査内容、療養指導」等詳しく																															
		(2) 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																															
		(3) 前回の症状との比較と就労見込みについて																															
意	③⑲ 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					昭和・平成・令和					年	月	日																			
		人工臓器等の種類	ア.人工肛門	イ.人工関節	ウ.人工骨頭	エ.心臓ペースメーカー																											
欄	上記のとおり相違ありません。																																
	医療機関の所在地																令和 年 月 日																
	医療機関の名称																電話 - -																
	医師の氏名																																