

# 傷病手当金を請求される方へ

メイテック健康保険組合

下記の注意事項をよくお読みになってから、請求をしてください。

## < 注 意 事 項 >

### 傷病手当金とは？

被保険者が、業務外の病気やけがの治療のため仕事を休み、給料がもらえないとき、被保険者世帯の生活を守るために、「傷病手当金」が支給されます。  
支給金額は、休業1日につき、標準報酬日額(支給開始月を含む直近12ヶ月の標準報酬月額平均額÷30)の3分の2と決められていますが、事業主より報酬を受けている場合、支給金額が調整されます。

### 1. 支給を受ける条件(①～④の条件すべてを充足する必要があります)

- ①病気・けがの療養中(業務上の病気やけが・通勤途上における事故で受けた病気やけがを除く)
- ②療養のために仕事につけなかったとき
- ③連続3日以上仕事を休んでいること。(最初の3日間は「待期待期間」として支給対象外となります)
- ④給料等がもらえないとき(給料等ももらっても、その額が傷病手当金より少ないときは、その差額が支給されます)

### 2. 支給される期間

支給されることとなった日より1年6ヵ月です。  
途中具合がよくなって出勤した日があっても、支給開始の日から1年6ヵ月を超えた期間については、支給されません。

### 3. 支給額と調整

傷病手当金の支給金額は、標準報酬日額(支給開始月を含む直近12ヶ月の標準報酬月額平均額÷30)の3分の2と決められています。  
(全期間、年次有給休暇・積立休暇の場合、または月給者で給与支給がされている月の場合、報酬額が傷病手当金の額を下回る時にその差額が支給されます。)

### 4. 傷病手当金請求書記入時の注意点

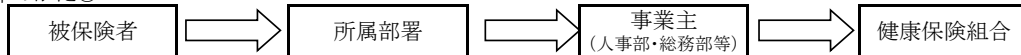
- ①暦月で2ヶ月を超えた期間の申請は、原則できません。
  - ・傷病手当金は給与に代わるものですので、基本的に1ヵ月(月の1日～月末日)毎に請求してください。
  - ・初回の申請時などでやむを得ず2ヶ月以上をまたぐ場合は、用紙を分けて請求してください。
  - ・月をまたいだ申請の場合、事業主証明の関係で審査の時期が遅くなる場合がありますので、ご注意ください。
- ②記入はボールペン等の黒インク(鉛筆・シャープペンシルでの記入不可)で行うこと。また、訂正箇所には訂正印を必ず押して下さい。
- ③記入もれ・間違いがないか確認してから提出してください。(記入もれ・間違い等の不備がある書類の場合、支給審査は遅れます)
- ④医師に無理な証明をお願いしてはいけません。
- ⑤医師には、療養のために就労が出来なかった期間について、「証明日以前の期間」で証明を受けてください。  
(未来日付となる期間を含めて医師の証明が行われている場合には、医師による証明日までが支給対象とみなします)
- ⑥治療の都合により病院が変わる場合には、それぞれの病院に通院された期間でそれぞれの医師に証明を受けてください。
- ⑦任意継続被保険者等で健康保険法第104条該当者の場合、別途「療養・日常生活状況等報告書」の提出が必要です。
- ⑧厚生年金保険の障害年金等の受給権が発生した場合や障害厚生年金・障害手当金・老齢厚生年金等を受給中のかたの金額が改定された場合は、すみやかに当組合までご連絡ください。

### 5. 支給日・支給方法

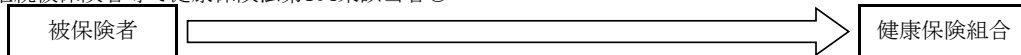
事業主から書類が到着しましたら、当組合にて審査を実施します。  
審査結果により、「支給決定通知書」あるいは「不支給決定通知書」を被保険者あてに郵便にて送付します。  
支給決定の場合は、「支給決定通知書」に支給日を記載しています。給付額は、傷病手当金請求書に記載の口座へ直接振り込みします。

### 6. 提出先について

○在籍中のかた○



○任意継続被保険者等で健康保険法第104条該当者○



#### 【ご案内】

傷病手当金請求書の提出後、健康保険法に基づいた審査等のために、支給決定まで3～4ヶ月ほどの時間がかかる場合があります。審査結果を受けて支給決定(または不支給決定)を被保険者本人に通知します。

～審査について～

疾病・負傷やその症状、医療機関への受診(投薬)状況等や、過去の傷病手当金の受給状況等により、必要に応じて被保険者・医師等へ照会(法59条)させていただき、支給の可否を適正に判断しています。

傷病手当金は療養に専念した上で、病気やケガを早く治しお仕事に復帰することを目的としているので、会社を休んで治療の必要があるという医師の意見を参考にして、当組合が認めた場合に支給されるものです。請求書を提出されても、当組合の支給基準を満たしていない場合には支給されません。

健康 使用欄	決裁何	支給決定額 ¥				承認	確認	担当	受付
	支給期間	平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日 日間							
	計算基礎	日額 円 × 2/3 × = ¥							
	法第58条 による不 支給額等					標準報酬月額	千円 (日額 円)		
						支給開始年月日	平成・令和 年 月 日		
	支給決定日	令和 年 月 日	前回 支給	自:平成・令和 年 月 日		資格取得日	平成・令和 年 月 日		
支払日	令和 年 月 日		至:平成・令和 年 月 日		資格喪失日	平成・令和 年 月 日			

## 健康保険 傷病手当金請求書 (第 回)

注意  
事項

メイテック健康保険組合 理事長 殿  
下記のとおり、請求します。

提出日 年 月 日

被保険者氏名

印

### 【被保険者の記入欄】

①被保険者証の 記号と番号		②事業所の名称			所属部署	
③被保険者の 氏名			④被保険者の住所 (〒 - )			
⑤発病または 負傷の年月日	平成・令和 年 月 日	⑥日中連絡の取れる電話番号 ※問い合わせの際に使用します	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	- -		
⑦傷病名			⑧発病または負傷の原因※日 時、場所、何をしていた時等を具体的に			
⑨労務に服する ことができなかった 期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日までの 日間		⑩負傷の場合、 右欄について回答ください ・第三者行為によるものですか はい・いいえ ・業務時間内の負傷ですか はい・いいえ			
⑪障害厚生(基礎) 年金・障害 年金・老齢厚 生年金の状況	a. 年金・請求状況	1. 受給していない 2. 請求中 3. 受給している ※2.と3.に該当の場合、b,c,d,eを回答すること				
	b. 年金の種別	1. 障害厚生(基礎)年金 2. 障害手当金 3. 老齢厚生年金				
	c. 年金(予定)額	円(年額)		d. 年金開始(予定)日	昭・平・令 年 月 日	
	e. 障害年金(基礎)年金または障害手当金受給の原因となった傷病名					
⑫振込先 (銀行かゆうちょ のどちらか一方を 選択し、記入)	銀行	銀行 支店 支店番号		<input type="checkbox"/> 口座名義 (カナ)		
		預金口座種別	普通	口座番号	<input type="checkbox"/> 口座名義 (漢字)	
	ゆうちょ	ゆうちょ 銀行 記号(5桁)		<input type="checkbox"/> 口座名義 (カナ)		
		記号(8桁)		<input type="checkbox"/> 口座名義 (漢字)		

### 【事業主証明欄】

労務に服することが できなかった期間 に関する事業主の 証明	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日までの 日間	本請求書内容に相違がないことを証明します。 令和 年 月 日 事業主 住所 名称 代表者氏名
	上記の期間中において 月 日～ 月 日 日間の 報酬として、 ¥ を支給した	

### 【担当医師の意見記入欄】

①傷病名			②療養の給付開始年月日(貴院での初診日)	年 月 日
③発病または 負傷の年月日	平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	④発病または 負傷の原因	
⑤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 日までの 日間	⑥⑤のうち、 入院期間 平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日までの 日間		
⑦診療実日数に ついて(入院と通 院の合計)	日	診療日を○ 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	
⑧⑤の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、処方内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)				
⑤の期間の症状経過からみて、労務不能と認められた医学的初見				
上記のとおり、相違ありません。			令和 年 月 日	印 ○証明日以前の期間を証明願います ○訂正箇所には訂正印を押印願います ○医療期間の名称・所在地は、ゴム印(スタンプ等)を使用してください
住所(所在地)				
医療機関 医療機関の名称 担当医師の氏名				
電話番号 ( )				

受取 代理人 の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を	住所 氏名 被保険者 氏名	(委任者と受取代理人の関係: ) に委任します。
	令和 年 月 日		印

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合(任意)は、備考欄へ記載して下さい。  
※被保険者証の記号番号を記載した場合はマイナンバーの記載は不要です。  
※マイナンバーを記載した場合は、当健保へ個人番号確認書類添付が必要です。

備考欄 :