

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・けがの療養中のとき(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)
将来の療養の必要性を記す「診断書」等は医師の見込み意見であり、「診断書」があっても傷病手当金支給確認要件に該当しません。
- 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給料等をもらえないとき(給料等をもらっても、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ヵ月分です。

法改正により、支給開始の日から1年6ヵ月分支給となり、途中具合がよくなって出勤した日や有休の日は1年6ヵ月分に含まれません。

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ときにその差額が支給されます。)

4. 傷病手当金請求書の注意点

- 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請求書が健保に届いていない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医師に無理な意見記入をお願いしてはいけません。労務不能状態について医師が証明できるように診療を重ねることが必要です。
- ⑤療養のために就労が出来なかった期間について、医師の診療をもって労務不能が確認された過去の事実期間で請求ください。
(未末日付となる期間や診療なく事実確認ができていない期間を含めて医師の意見記入が行われている場合には、診療が確認できる期間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意見記入を受けてください。
- 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厚生年金保険や共済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。

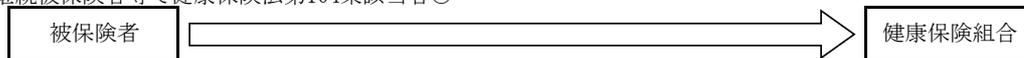
支給決定の場合は、「支給決定通知書」に支給日を記載しています。給付額は、傷病手当金請求書に記載の口座へ直接振り込みします。

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ます。

傷病の主症状や経過を確認し労務不能であるという医師の意見から、当組合が認めた場合に支給されるものです。

傷病の主症状や経過を確認していない未診療の意見や、医師の指示に従っていない場合には不支給になります。

被保険者氏名

【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	令和 年 月 日 から	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
	令和 年 月 日 までの 日間	
	上記の期間中において	事業主 住所
	月 日 ~ 月 日 日間の	名称
	報酬として、 ¥ を支給した	代表者氏名

担当医師の方へ

傷病手当金の医師意見は、健康保険法施行規則第84条第2項第1号（以下、「規則84-2-1」という）に「被保険者の疾病又は負傷の発生した年月日、原因、主症状、経過の概要及び前項第四号の期間に関する医師又は歯科医師の意見」を記すと規定されており、「主症状や経過の概要」は、診療をもって確認した「労務不能と認めた期間」にかかる医師意見である必要があります。療養のための将来に向けた休業の必要性を記す「診断書」等は、将来に向けた医師の見込み意見であり、「規則84-2-1」に規定される傷病手当金の医師意見と認められません。

「医師が労務不能と認めた期間」は、診療をもって医師が事実確認できた期間の意見を記載ください。

【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)	平成・令和 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	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 までの 日間 「⑤労務不能と認めた期間」は、「⑩ ⑨の内容を確認した診療日」以前の期間となります。		
⑥ ⑤のうち、入院期間	令和 年 月 日 から 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)	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
⑧処方薬状況	処方の有無	処方有 ・ 処方無 (いずれかに○)	
	処方日	年 月 日 処方 (処方有の場合記載)	
	処方薬日数	日分 (処方有の場合記載)	
⑨ ⑤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所見			
⑩ ⑨の内容を確認した診療日	年 月 日 診療 (⑤労務不能と認めた期間は左記の期日以前となります)		
⑪次回診療予定日	年 月 日 診療予定		
<p>上記のとおり、相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">(お願い)</p> <p style="text-align: right;">○訂正箇所には訂正印を押印願います ○医療機関の名称・所在地は、 ゴム印(スタンプ等)を使用してください</p> <p style="text-align: center;">意見記載日 年 月 日</p> <p>住所(所在地)</p> <p>医療機関 医療機関の名称</p> <p>担当医師の氏名</p> <p style="text-align: center;">電話番号 ()</p>			