

健康保険 傷病手当金請求書の手引き・記入見本

支給を受ける条件

被保険者が業務外の病気やけがの治療等のため、仕事につくことができず、給料等をもらえないときは「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ケガのため療養中であること

療養中、医師の指示通りに受診（通院・入院）をしていること、医師から薬の服用指示があった場合は指示通りに服用していることが必要です。



- 過去に傷病手当金を受給していた方で、同一または関連傷病(※)で再度申請される場合、**同じ症状の延長として前傷病の続きで支給期間を通算するか、再発として改めて支給するかは健保組合の判断によります。**
- (※)異なる傷病名でも、病気の原因や症状が同じものや関連性のある病気をいいます。
- 申請内容に対し療養に該当する状況であるか調査のため照会を行う場合があります。**調査内容によって、支給・不支給の決定までに時間を要する場合がありますので、予めご了承ください。

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内容を考慮し**判断します。

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（公休・年休含む）を「待期完成」と言い、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。



※勤務時間中に業務外の事由による傷病の為仕事につけなくなり、その後の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完成となります。

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、その差額を支給します。

（次ページ「支給期間および支給額」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＞

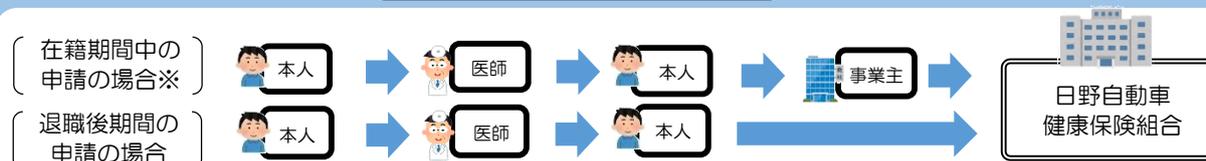
被保険者の資格を喪失した場合でも、次の①②に該当した場合は引き続き支給を受けることができます。

※法定給付のみとなり付加給付（日野健保独自の給付）は受けられません。

※退職後に労務可能となった場合、退職後の継続給付は終了します。

- 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
- 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（上記の条件①～④を満たしている）にあること

申請書の提出ルート



※在籍期間中の申請の場合には、申請期間の途中から資格喪失日以降の期間となる場合も含まれます

支給額と支給期間

① 支給額および支給期間

給付内容		支給額	支給期間
法律で決まっている給付 (法定給付)		直近12ヵ月間の標準報酬月額(※1) 平均額÷30×2/3	支給開始日から 通算して1年6ヵ月日分
日野健保独自の給付 (付加給付)	法定給付に 上乗せ	直近12ヵ月間の標準報酬月額(※1) 平均額÷30×75%-上記支給額分を上乗せ	
	延長傷病手当金	直近12ヵ月間の標準報酬月額(※1) 平均額÷30×75%	法定給付満了翌日から給付 ※ただし、支給開始日から起算して 2年経過後は支給なし

(※1) 標準報酬月額…毎月の収入を一定の幅で区分けしたものを指します。

<例>月収312,456円の場合23等級に該当するため、標準報酬月額は「320,000円」

② 傷病手当金の調整

以下①～④が支給される場合、それぞれの金額が、

- ・傷病手当金日額(法定給付)より少ない場合、その差額と法定給付上乗せ分(付加給付)を支給。
- ・延長傷病手当金(付加給付)より少ない場合、その差額を支給。

① 給与	日額
② 障害厚生年金又は障害手当金	障害厚生年金の額360分の1(※2)
③ 休業補償給付(労災保険)	休業補償給付の日額
④ 出産手当金	出産手当金の額

(※2) 同一支給事由の障害基礎年金を受給している場合、合算額で計算。障害手当金の場合は、障害手当金の合計額が傷病手当金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。

退職後に継続給付(法定給付)を受ける方(※3)で、以下⑤が支給される場合、傷病手当金日額(法定給付)より少ない場合、その差額を支給。

⑤ 老齢退職年金	老齢退職年金額の360分の1
----------	----------------

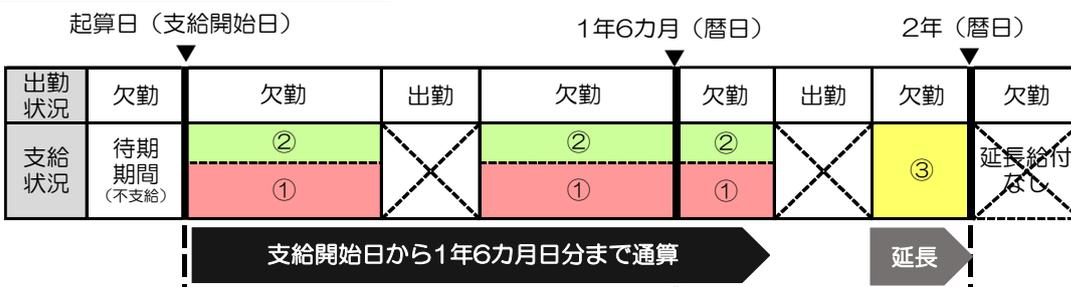
(※3) 在職中で傷病手当金日額(法定給付)または延長傷病手当金(付加給付)を受ける場合、差額の調整はありません。

支給期間のイメージ

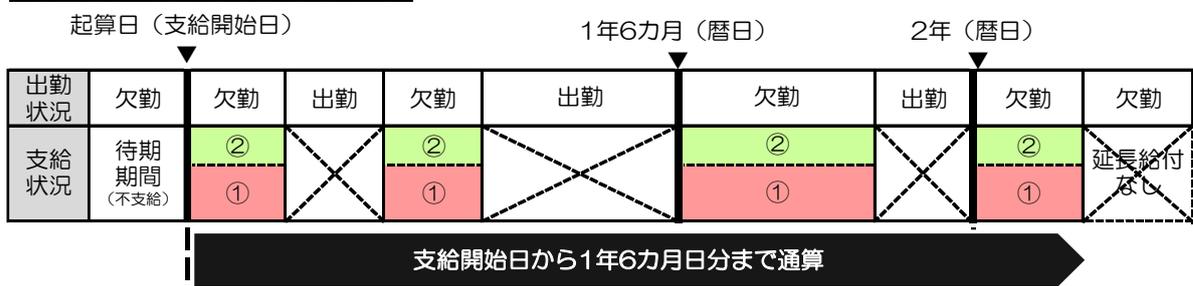
1) 連続して休職した場合



2) 途中で未請求期間がある場合 I



途中で未請求期間がある場合 II



受付期限・給付日について

① 健保受付期限

給付日の稼働5日前迄に健保必着

※事業所証明が必要な場合、事業所に申請書締日をご確認ください。

② 給付日

受付月の当月20日（銀行が休日の場合は前営業日）

- 給付日は健康保険組合から事業所又は指定口座への振込日です。
- 『給付金支給決定通知書』は給付日の前日に、いきいきポータル※1にアップロードします。
- 退職後の方（任意継続を喪失した方も含む）には申請書に記載の住所宛に送付します。

以下に当てはまる場合は必ず請求書に添付し、提出してください

「★」がついている書類は、健保指定様式です。ホームページより印刷が可能です。

※下記は主なケースです。申請内容によっては追加書類が必要になる場合もありますので予めご了承ください。

1	資格喪失日以降の申請を行う方 (申請期間の途中から資格喪失日以降の期間となる場合も含む)	以下提出 ・退職者の療養状況・日常生活状況等報告書★ ※毎回提出 ・申請期間に受診した「①医療機関・調剤薬局の領収書」のコピー および「②明細書」のコピー ※毎回提出 ①②申請期間に当健保の任意継続に加入の場合は添付不要
2	労災保険から休業補償 給付を受けている方	受給中の場合 休業補償給付支給決定通知書の写し
		請求中の場合 申請前に健康保険組合にご連絡ください
3	ケガ（負傷）の場合	負傷原因届★ ※初回申請時のみ
4	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（原本）

請求書は2シートあります 漏れなく正確に記入してください

担当医師等に記入を
依頼してください

事業主（勤務先）に記入を
依頼してください
※退職後の期間を申請する場合は
記入不要

次ページに記入例があります

注意事項をよく読んで記入

表

注意 ●消えない黒のボールペン等で記入 ●該当する口に✓を記入 ●訂正の場合は二重線および押印必要（修正液等での訂正は原則禁止） ●記入漏れ・記入誤りがある場合、支給が遅れる場合あり

① 記号・番号を記入

※申請期間が資格喪失後もしくは任意継続保険加入後の場合、**在職時の記号・番号を記入**

② 被保険者が従事する（していた）業務内容を具体的に記入

③ 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合、申請される方の氏名・住所・口座を記入

④ 各種通知等の送付先となるため、受取りが出来る住所を記入
・不備等の連絡のため、繋がりがやすい電話番号を記入

⑤ 同意書欄は必ず手書きで記入（支給・不支給決定の為、関係機関へ照会する際に使用します。未記入の場合、照会の際に追加で提出を依頼します）

⑥ 1回目申請または2回目申請以降の該当するものにチェック

※異なる傷病名でも、病気の原因や症状が同じものや関連性のある病気の場合、同じ症状の延長として前傷病の続きで支給期間を通算するか再発として今回改めて支給するかは健保組合の判断によります。

⑦ 【労災】「はい」に該当する方
労働災害認定された場合、健康保険の傷病手当金は支給対象外となる為、請求可否を含め労働基準監督署へ相談ください

※労災認定可否が決定する迄、傷病手当金の請求は可能だが、決定後速やかに返金が必要
※認定（今後、労災申請した場合含む）迄の間、傷病手当金の支給を希望する場合は、健康保険組合へ連絡

⑧ 【第三者】「はい」に該当する方
相手のいる傷病で労務不能だった期間の休業損害については、本来相手へ請求するもののため、休業損害を請求している方は傷病手当金は支給対象外となります。
ご自身の受給状況をご確認ください。

傷病手当金 請求書

注意 ●消えない黒のボールペン等で記入 ●該当する口に✓を記入 ●訂正の場合は二重線および押印必要（修正液等での訂正は原則禁止） ●記入漏れ・記入誤りがある場合、支給が遅れる場合あり

1 記号・番号を記入
2 被保険者が従事する業務内容を具体的に記入
3 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合、申請される方の氏名・住所・口座を記入
4 各種通知等の送付先となるため、受取りが出来る住所を記入
5 同意書欄は必ず手書きで記入
6 1回目申請または2回目申請以降の該当するものにチェック
7 【労災】「はい」に該当する方
8 【第三者】「はい」に該当する方
9 1/6ページ「支給を受ける条件」を確認の上、療養のため休んだ期間を記入
10 該当する受け取り方法に✓を記入

11 12月31日までの期間を記入

13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

11 12月31日までの期間を記入

13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

11 12月31日までの期間を記入

13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

⑨ 1/6ページ「支給を受ける条件」を確認の上、療養のため休んだ期間を記入

※傷病手当金請求の時刻は、労務不能であった日ごとにその翌日から2年。
※1度に長期間申請行った場合や、6カ月以上遡って申請を行った場合「遅延理由書」を提出いただく場合あり

⑩ 該当する受け取り方法に✓を記入。

- 1. 事業主委任払い（該当する事業主のみ）
- 2. 登録口座振込み（任意継続保険加入の方）
- 3. a. 公金受取口座 b. 指定口座

【注意】 ゆうちょ銀行の口座を希望する場合
→ 振り込み専用の店名（漢数字3文字）、預金種別、口座番号を記入

裏 (上部)

傷病手当金		傷病手当金付加金 延長傷病手当金付加金	請求書	療養担当者・事業主記入用
1. 患者氏名	健康 太郎		※意見記入欄は、重要な判断材料となりますので、楷書体にて漏れなくご記入ください。乱筆で読めない場合、書き直していただく場合があります。	
2. 傷病名	右足骨折		3. 療養の給付開始年月日 (初診日)	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 6 年 10 月 1 日
4. 発病または負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 6 年 10 月 1 日	5. 発病または負傷の原因		ご記入ください
11 療養担当者 が意見を 記入する ところ	11 不能と期間	令和 6 年 10 月 1 日から 令和 6 年 10 月 31 日まで 31 日間	7. 左記期間のうち入院期間	令和 年 月 日まで 令和 年 月 日まで 日間
	8. 診療実日数 ○日でも記入してください	10 月 5 日間 月 日間 月 日間	9. 診療日を ○で囲んでください	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 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 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
12 記期間中における主たる症状及び経過、治療内容、検査結果、療養指導などできるだけ詳しく記入してください		11. 症状経過からみて申請の業務内容について労務不能と認められた医学的な所見を記入してください		
上記のとおり相違ないことを証明します		13 証明日 : 令和 6 年 11 月 1 日	※証明日以前を証明してください ※訂正箇所には医師の訂正印をお願いします	
医療機関の所在地	記入・押印ください			
医療機関の名称	印			
医師の氏名	電話 ()			

療養担当者の方へ

- ⑪ 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記入してください。
- ⑫ 「症状および経過」、「労務不能と認められた医学的な所見」を詳しく記入してください。
(意見記入欄は、重要な判断材料となりますので楷書体にて漏れなくご記入ください。
乱筆で読めない場合、書き直していただく場合があります。)
- ⑬ 証明日以前を証明してください。

※記入誤りや記入・捺印(訂正印)もれ、労務不能の証明期間等の確認をお願いします。
※訂正箇所には医師の訂正印をお願いします。

被保険者の方へ

- ・申請期間に対して療養担当者(医師等)の意見をもらってください。
- ・療養担当者(医師等)の証明期間が不足している場合は、以下の対応をお願いします。
不足している期間は別の医療機関にかかっていた。→別の医療機関で証明をもらってください。

※医療機関より受け取りましたら記入・捺印(訂正印)もれ、証明期間等に誤りがないか確認をお願いします。

申請者記入欄と療養担当者証明欄が漏れなく記入されていることを確認の上、1/6ページ「申請書の提出ルート」に該当する先へご提出ください。

裏 (下部)

14 労務に服さなかった期間 令和 6 年 10 月 1 日 から 令和 6 年 10 月 31 日 まで 31 日間

a. b のどちらかに a. 『労務に服さなかった期間』を含む賃金計算期間に報酬が支給される場合については、以下を記入し、**出勤簿(写)及び賃金台帳(写)等を提出**

・賃金台帳(写)の該当箇所を支給額コードを赤ボールペンで記入。複数の該当箇所から金額が算出される場合は、内訳が分かる様に説明を記載(通勤手当、通勤手当、欠勤控除等)

賃金計算期間	10 月 1 日 ~	月 日 ~	月 日 ~
	10 月 31 日 分	月 日 分	月 日 分
給与形態	<input type="checkbox"/> 月給 <input checked="" type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> { }	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> { }	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> { }
区分	A 支給額コード	B 支給額コード	C 支給額コード
① 基礎給	A①	B①	C①
	A②	B②	C②
	A③	B③	C③
	A④	B④	C④
	A⑤	B⑤	C⑤
② ①. 基礎給の欠勤控除分	A⑥	B⑥	C⑥
	控除月 <input type="checkbox"/> 当月・ <input checked="" type="checkbox"/> 次月 <input type="checkbox"/> 当月・ <input type="checkbox"/> 次月 <input type="checkbox"/> 当月・ <input type="checkbox"/> 次月 ※次月控除は賃金台帳添付 控除等がある場合計算処理 欠勤控除例： $A① \div \text{控除計算日数} \times \text{欠勤日数} = \text{〇円}$ $A⑥ 200,000 = \text{控除計算日数 } 30\text{日} \times \text{欠勤 } 10\text{日} = 66,666\text{円 (A⑥)}$ $A⑤ 60,000 (6\text{月支給}) = 6\text{か月 (7~12月)} = 10,000\text{円/月}$ 通勤費例： 尾形代などまとめた通勤費 $A⑤ 60,000\text{円} \div \text{対象月数 } 6\text{ヶ月 (7~12月)} = 10,000\text{円/月}$ ※申請期間の通勤費を支給した月を含む賃金台帳添付		

15 事業主が証明するところ

16 〇 b. 『労務に服さなかった期間』を含む賃金計算期間に、すべて欠勤で給与支払なし

上記のとおり相違ないことを証明します。 証明日：令和 6 年 11 月 25 日

事業所所在地 _____ 担当者 **証明者氏名記入**

事業所名称 _____ **記入・押印ください** (印) _____

事業主氏名 _____ 電話 () _____

事業主の方へ

14 「労務に服さなかった期間＝本人の申請期間」ですが、この期間に出勤があった場合は、出勤日が分かるよう余白に記入し、合計日数は出勤日を除いた日数を記入ください。

※出勤日が多い場合は健康保険組合へ連絡ください

15 証明についての注意

【支払いのある月とない月が混在している場合】

「労務に服さなかった期間」が数か月にわたる場合に発生しますが、「賃金計算期間」は全て記入ください。支払いのない月でも賃金台帳の提出は必要です。

また、欠勤控除がなくても基礎となる金額が支給されている場合は賃金台帳に記号 (A①等) を記入ください。

【給与形態が時給の場合】

時間数での支給となるため、1日の支給額が不明です。時給金額と1日の勤務時間、通勤費が月額か日割りかを記入ください。

(例) 時給 1,200円 勤務時間 6H/日 通勤費 7,000円/月 (〇月は出勤日に対して支給)

16 証明期間全て当てはまる場合のみ が可能です。出勤簿・賃金台帳の提出は不要です。

※記入・捺印(訂正印)もれ、証明内容等に誤りがないか確認の上提出をお願いします