

傷病手当金支給申請書の手続きについて

【申請の流れ】

傷病手当金支給申請書のP1～P2被保険者記入用とP4事業主記入用の上部に記入をする

医師に療養担当者記入用(P3)を提出し、証明を受ける

医師から療養担当者記入用を受取り、P1～P4と必要な添付書類を揃えて事業主(所)へ提出する

事業主(所)は事業主記入用(P4)に証明する

事業主(所)はP1～P4とその他の必要な添付書類を健保に提出する

【注意事項】

《申請期間について》

- ・申請期間は、実際に休んだ期間を記入してください。見込での申請はできません。
- ・申請期間は、原則として毎月(暦月の1日から末日)に作成してください。
※給与の毎月の締切日が月の途中の場合は、その期間を単位として申請書を作成してください。
- ・医師の証明は、必ず申請期間の末日の翌日以降に証明を受けてください(見込での証明は不可)。

《待期待期間について》

- ・傷病手当金の支給を開始するためには、待期待期間を満たす必要があります。傷病手当金・傷病手当金付加金は、待期待期間を一度満たした後の休んだ日から支給の計算を開始します。
- ・待期待期間は、**3日間連続して療養のため労務不能**で会社を休んでいることが条件です。
※労務不能であれば、有給休暇の取得日・土日祝日や会社の休日を待期待期間に含むことができます。

《支給期間および満了日について》

(支給開始日が令和2年7月1日以前の方)

- ・傷病手当金・傷病手当金付加金の支給期間は、同一の疾病または負傷およびこれにより発した疾病について、傷病手当金の支給開始日から**起算して1年6カ月後まで**となります。
- ・延長傷病手当金付加金の支給期間は、傷病手当金の支給開始日から起算して3年後までとなります。
- ・傷病手当金の支給開始日に支給満了日が確定します。休んだ日を通算した日数ではありません。

(支給開始日が令和2年7月2日以降の方)

- ・傷病手当金・傷病手当金付加金の支給期間は、同一の疾病または負傷およびこれにより発した疾病について、傷病手当金の支給開始日から**通算して1年6カ月に達するまで**となります。
(傷病手当金の支給開始日以降、途中で就労するなど、傷病手当金が支給されない期間がある場合には、支給開始日から起算して1年6カ月を超えても、繰越して支給可能)
- ・傷病手当金の支給開始日により傷病手当金の総支給日数が決まります。(歴で数えた日数)
- ・傷病手当金の残りの支給日数が0日となる日(総支給日数に達した日)が傷病手当金の支給満了日となります。
- ・延長傷病手当金付加金の支給期間は、傷病手当金の支給満了日の翌日から起算して最長で1年6カ月間となります。ただし、傷病手当金の支給開始日から起算して3年を限度とします。

《その他》

- ・申請書類の内容をもとに、レセプト(医療機関から届く健保負担分の医療費の請求書)との照合および必要に応じて医療機関等への照会等の調査を行うため、申請から支給に至るまで数カ月を要する場合があります。その場合は、当健保から書面にてお知らせします。
 - ・傷病手当金等が支給された後に、同一の疾病または負傷およびこれにより発した疾病について、障害厚生年金等の受給をしたときは、先に支給した傷病手当金等の一部もしくは全額を返納いただきます。遡って認定をされた場合も、遡って計算し返納いただきますので、当健保へご連絡ください。(健康保険法第108条)
 - ・資格喪失日以降の期間に関する申請については、事業主記入用の提出は不要です。
- * 傷病手当金についての詳しい内容は「東芝健保ホームページ」にてご確認ください。**

“療養のため”に休業した場合が支給対象ですので、医療機関を受診して適切な治療を受ける必要があります。正当な理由なしに療養の指示に従っていないと当健保が判断したときは、給付制限を行う場合があります。(健康保険法第119条)

【必要な添付書類のチェック】 * 該当する項目に☑をして必要な書類を準備してください。

●申請期間の初日が東芝健保加入後1年未満の方

- 同意書
- 取得接近調査書

「東芝健保ホームページ」申請書類一覧から印刷をしてください(初回のみで可)

(東芝健保に加入する前の健康保険の加入状況をご記入ください。)

●障害厚生年金・障害手当金を受給している方(毎回添付)

- 年金証書(写)
- 支払通知書(写)、振込通知書(写)、支給額変更通知書(写)など
- 障害者手帳の表紙および障害年金の受給対象となった障害名の表示されているページ等の写し

●外傷性疾病(ケガ)で申請の方(初回のみで可)

- ・相手のいない場合 傷害事故届
- ・相手のいる場合 第三者行為による傷病届

●資格喪失後の継続給付として申請する方(毎回添付)

- 雇用保険の失業給付を受けていないことが確認できる書類(受給期間延長通知書等)の写し
- 老齢厚生年金関係書類(受給者のみ)
年金証書(写)および支払通知書(写)、振込通知書(写)、支給額変更通知書(写)など

記載欄 事業主(所)	適用事業所記号		健保責任者	健保担当者	所属上長	庶務係
	健保担当者 電話番号					

記入日：令和 年 月 日

被保険者情報	会社名	被保険者証 記号 番号		資格取得日	
	所属	1 0 0		3. 昭和 4. 平成 5. 令和	年 月 日
	氏名 (フリガナ)	生年月日		資格喪失日(退職日の翌日)	
	住所	〒 -	年 月 日	年 月 日	
	電話番号 (日中の連絡先)	電話 ()	3. 昭和 4. 平成 5. 令和	4. 平成 5. 令和	
給付金 受取方法	<input type="checkbox"/> この申請に基づく給付金の受領を事業主に委任します。		<input type="checkbox"/> 退職のため、個人口座へ振込を希望します。 ⇒2ページに口座を記入		

申請内容	1) 傷病名 1つの記入欄に複数の傷病名を記入しないでください。	2) 発病または負傷の年月日
	3) 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	4. 平成 5. 令和
	4) 療養のため休んだ期間(申請期間)	4. 平成 5. 令和
	1. 病気 2. ケガ → 「傷害事故届」または「第三者行為による傷病届」を併せてご提出ください。	4. 平成 5. 令和
発病又は負傷の原因：		年 月 日
年 月 日から 年 月 日まで		日間

「被保険者記入用」は2ページに続きます。>>>

健保記載欄	事業所	個人	備考欄		
	支払先コード		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> C	年 / より出勤	SEQ :
	控除額		待期間	~ /	枚合算(/)
	月分(控除事由)	控除月額/日数	<input type="checkbox"/> M無し <input type="checkbox"/> M有り <input type="checkbox"/> 1年未満 <input type="checkbox"/> 喪失後の継続給付(法定のみ)		
	月分	控除日額(円)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 勤務状況調査 <input type="checkbox"/> 医師照会 <input type="checkbox"/> 本人照会	
月分			<input type="checkbox"/> 長通 <input type="checkbox"/> 法・延 満了通知 <input type="checkbox"/> 通知		

被保険者氏名	被保険者証 記号・番号	100 -
--------	----------------	-------

確認事項	① あなたの仕事の内容(具体的に) (退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)	<input type="checkbox"/> 1.事務系 2.技術系 3.製造系 4.営業 5.その他 () 具体的な内容を記入ください。
	② 今回の傷病名で労災保険から給付を受けていますか。 (又は、過去に受けたことがありますか。)	<input type="checkbox"/> 1.はい → 傷病手当金の申請はできません。 <input type="checkbox"/> 2.申請中 → <input type="checkbox"/> 3.いいえ
	②-① 「労災申請中」と答えた場合、 支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。	労働基準監督署
	③ 「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、どちらを受給していますか。	<input type="checkbox"/> 1.はい → <input type="checkbox"/> 1.障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 2.請求中 → <input type="checkbox"/> 2.障害手当金 <input type="checkbox"/> 3.いいえ
	③-① 「はい」または「請求中」と答えた場合、 受給の要因となった(なる)傷病名及び 基礎年金番号をご記入ください。 「はい」と答えた場合は、支給開始日、 年金額を記入のうえ、確認できる 年金証書(写)、年金額振込(改定) 通知書(写)を添付してください。	傷病名 ----- 基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 3.昭和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 年金額 <input type="checkbox"/> 円 <input type="checkbox"/> 4.平成 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5.令和
④ 健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。 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"/> 1.はい → 名称 <input type="checkbox"/> 2.請求中 <input type="checkbox"/> 3.いいえ	
④-① 「はい」または「請求中」と答えた場合、 基礎年金番号をご記入ください。 「はい」と答えた場合は、支給開始日、 年金額を記入のうえ、確認できる 年金証書(写)、年金額振込(改定) 通知書(写)を添付してください。	基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 3.昭和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 年金額 <input type="checkbox"/> 円 <input type="checkbox"/> 4.平成 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5.令和	
④-② 雇用保険の失業給付を受給していますか。 「未手続き」と答えた場合は、 未手続きの理由を必ずご記入ください。	<input type="checkbox"/> 1.はい → 傷病手当金の申請はできません。 <input type="checkbox"/> 2.請求中 <input type="checkbox"/> 3.受給期間延長中 → 雇用保険受給期間延長通知書のコピーを添付してください。 <input type="checkbox"/> 4.未手続き → 離職票1・2のコピーを添付してください。 未手続きの理由:	

⑤ 介護保険サービスを受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名称
------------------	-------	--------	-------

退職(予定)者 振込先指定口座	金融機関名称	※ゆうちょ銀行不可 銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 出張所 その他 () 本所 支所	
	預金種別	口座番号	右づめでご記入ください。
	口座名義	口座名義の区分	<input type="checkbox"/> 1.被保険者 <input type="checkbox"/> 2.遺族

療養担当者が意見を記入するところ

患者氏名			療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医
傷病名	(1)	ICDコード [][][][]	療養の給付開始年月日(初診日)	(1)	[] 4.平成 [][][][][] 年 月 日 [] 5.令和	
	(2)	ICDコード [][][][]	療養の給付開始年月日(初診日)	(2)	[] 4.平成 [][][][][] [] 5.令和	
	(3)	ICDコード [][][][]	療養の給付開始年月日(初診日)	(3)	[] 4.平成 [][][][][] [] 5.令和	

発病または負傷の年月日	[] 4.平成 [][][][][] 年 月 日 [] 5.令和	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または負傷の原因	
-------------	--	--	------------	--

労務不能と認められた期間	[] 4.平成 [][][][][] 年 月 日 から [][][] 日間 [] 5.令和	うち入院期間	[] 4.平成 [][][][][] 年 月 日 から [][][] 日間入院 [] 5.令和
--------------	--	--------	--

診療日及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	診療実日数(入院期間含む)	[][][] 日
	[][] 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	診療実日数(入院期間含む)	[][][] 日
	[][] 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	診療実日数(入院期間含む)	[][][] 日

上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)	診療実日数が0日の月がある場合、その理由を必ず明記ください

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	手術年月日	[] 4.平成 [][][][][] 年 月 日 [] 5.令和
	退院年月日	[] 4.平成 [][][][][] 年 月 日 [] 5.令和

人工透析を実施または人工臓器を装着した日	[] 年 [] 月 [] 日	人工臓器等の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他()
----------------------	-------------------	----------	---

上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日

医療機関の所在地
医療機関の名称
医師の氏名

電話番号 ()

- 【療養担当者の方へ】
- ① 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。
 - ② 療養の給付開始年月日は左の傷病名について、初診の日をご記入ください。
 - ③ 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。また、証明日の前日以前の期間をご記入ください。
 - ④ 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。
 - ⑤ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、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。
 - ⑥ 傷病名のICDコードの記入をお願いします。

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名	被保険者証 記号・番号	100-	※従業員番号記入による被保険者証 記号・番号省略不可 (従業員番号:)			
事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	4.平成 5.令和	年 月 日から	4.平成 5.令和	年 月 日まで	日 日間
	上記の期間に対して、賃金を支給しましたか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		給与の締切日	毎月:	日/切
支給した賃金内訳	上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。					
	項目	基準月額	次勤日に支給しない 項目に☒を ご記入ください↓	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分
				支給額	支給額	支給額
賃金計算方法	※欠勤控除計算方法等について、必ずご記入ください。その他、連絡事項等あればご記入ください。					所定基準日数
						日
						時給者の場合
					所定時間: h/日	
					時給単価: @ 円	
					日給者の場合	
					日給単価: @ 円	
上記の期間後、勤務を開始していますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 年 月 日より出勤開始						
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日						
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名					証明担当者 氏名	

【事業主の方へ】

- 1 労務に服さ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確認できる勤務表、タイムカード等を必ず添付してください。(労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間のすべてが欠勤・無給であった場合、添付省略可)
- 2 支給した賃金内訳欄について
労務に服さ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。
支給した賃金内訳は、締日ごとに1か月分ずつご記入ください。実際に支払うべき精算後の金額を項目別にご記入ください。
(労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間のすべてが欠勤・無給であった場合、記入省略可)
- 3 賃金計算方法欄について
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必ずご記入ください。
1/2、60%等、定率支給されている場合は、詳細を明記してください。時給・日給者の場合、単価等を記入してください。
- 4 証明した日をご記入ください。証明した日付が、支給した賃金内訳欄証明内容の期間より前の場合は認められないため、見込で証明しないでください。
- 5 ご記入いただいた内容を訂正する場合は、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。