

# 健康保険 傷病手当金 請求書

## 傷病手当金付加金

申請期間経過後に申請してください。

記入例を参考に、必要事項を記入してください。申請期間が経過してから申請してください。

被保険者の記号・番号		被保険者の氏名		事業所の名称 (*1)	
記号	番号	慶應 太郎		慶應義塾・慶應義塾大学医学部	
1	1 2 3 4 5 6				
生年月日		被保険者の住所 (フリガナ)	とうきょうと みなとく みた		
昭和	60 年 1 月 10 日	〒 108 - 0073	東京都港区三田1-2-3		
平成		電話(携帯)	090 ( 1234 ) 5678	内線	12345
		メールアドレス	taro.keio @ keio.jp		
労務不能期間 (今回の請求期間)	令和 元 年 6 月 1 日から 令和 元 年 6 月 30 日まで	30 日間	第三者行為によるものですか (*2)	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
基本的に1ヶ月毎に請求してください。		発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平成	31 年 3 月 1 日	
※就業時間中・出勤途上の負傷は、原則、労災保険適用です。					
障害年金・障害手当金・老齢年金・雇用保険等受給 (*1, 3, 4)	無 <input checked="" type="radio"/>	・障害年金・障害手当金(傷病名: ) ・老齢年金(年金制度名: ) ・雇用保険の受給(予定)			
上記年金等受給額・受給開始年月日 ※上記年金等が「有」の方のみ記入	受給額(年額)	円	受給開始年月日	平成	年 月 日
報酬の支払い (*1)	無 <input checked="" type="radio"/>	報酬支払の基礎となる期間と金額	令和	年 月 日から 令和 年 月 日まで 円	
現在の保険証 (*1, 5) ※「退職者」の方のみ記入	1. 慶應義塾健康保険組合の任意継続被保険者 2. 国民健康保険( )市区町村 3. 全国健康保険協会( )支部の被扶養者 4. ( )健康保険組合・共済組合の被扶養者				
退職者の方は記入してください。2~4に該当する方は、現在加入の保険証の写しを、請求の都度、添付してください。	銀行	本店	口座名義	口座名義	
	金庫	支店	ケイオウ タロウ	(フリガナ)	
	2 3 4 5 6 7	預金種別	慶應 太郎	1.普通 2.当座 3.その他	
障害年金、障害手当金、老齢年金(在職老齢年金を除く)、雇用保険、その他報酬を受取っていない場合は、傷病手当金をお返しすることをお約束いたします。					
令和 元 年 7 月 10 日		被保険者氏名 慶應 太郎			
※上記「障害年金・障害手当金・老齢年金・雇用保険等受給」「報酬の支払い」で「無」に○をつけた方のみ、証明欄に記入してください。					

- 【注意】 \*1 「事業所の名称」「障害年金・障害手当金・老齢年金・雇用保険等受給」「報酬の支払い」「現在の年金等受給」「報酬の支払い」で「無」に○をつけた方は、申請期間経過後に、記名。
- \*2 傷病が【第三者行為によるもの】である場合  
別に「第三者行為による傷病届」一式を提出してください。自損事故の場合は、別に「外傷性傷病届」一式を提出してください。
- \*3 【老齢年金(在職老齢年金は除く)】又は【障害年金】を受給している場合  
初回申請時に、①年金証書の写し ②受給額及び支給開始年月日を証明する書類並びに直近の受給額を証明する書類の写し(年金額改定通知書等) ③身体障害者手帳(病名記載頁)の写し(障害年金・障害手当金受給者のみ)を添付してください。受給額の変更があった時には、至急、変更後の受給額が分かる書類を提出してください。
- \*4 【雇用保険】を受給する場合  
傷病手当金を受給することができません。「受給されていない方」もしくは「延長中」の方は、退職後、初回申請時に次の証明書類を添付してください。  
イ) 雇用保険受給申し込みされていない方...離職票 I の写し  
ロ) 雇用保険受給期間を延長されている方...雇用保険受給期間延長通知書の写し
- \*5 退職者の場合  
上記の「現在の保険証」が2~4のいずれかに該当する方は、現在加入の保険証の写しを、請求の都度、添付してください。
- \*6 当健保組合資格取得日から1年未満の方(新卒者除く)は、初回申請時に、「傷病手当金・付加金支給申請に伴う調査に係る同意書(所定用紙)」を添付してください。

健保記入欄	資格喪失日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日
	支給決定額	月 日 ~ 年 月 日	計	円
	標準報酬月額平均	日	円	円
	給率	日数	支給額	円
	給率	日数	支給額	円
支給額	円	円	円	円

それぞれ該当する方は、記載の書類を添付してください。必要に応じ、別途添付書類の提出をお願いします。

常務理事	事務長	担当者

受付日付印

労務に服さなかった期間		出勤:○、有給:△、公休:公、欠勤:／ 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	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	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	日	日
上記の期間に対して 賃金(通勤手当等含む)の支給		無 ・ 有		給与の種類		月給 ・ 日給 ・ 時間給 ・ その他( )																												
上記の期間中の方として、報酬を全額又は一部支給した(する)場合は、記入してください。																																		
事業主による証明欄	支給区分	期間	単価	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	賃金計算方法(欠勤控除計算等)																		
		支給額	支給額	支給額																														
	基本給	円											円																					
	通勤手当	円											円																					
	住宅手当	円											円																					
	扶養手当	円											円																					
		円											円																					
	計	円											円																					
上記のとおり証明いたします。																																		
令和 年 月 日																																		
事業主名称																																		
所在地																																		
電話																																		
氏名																																		

証明日以前の期間について、医師に証明を受けてください。  
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)をいただいでください。  
医療機関の名称、所在地等はゴム印を押していただいでください。

療養を担当した医師による意見欄	発病又は負傷の原因		傷病名(主病)																														
	発病又は負傷の年月日	平成 年 月 日 令和	療養の給付を開始した期日(初診日)	平成 年 月 日 令和																													
	労務不能と認めた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	労務不能期間中の 実診療日数	日																												
	労務不能期間中の 実診療日を ○で囲んでください	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
		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
		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
	・「労務不能期間」における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)																																
	・症状の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所見(詳しく)																																
上記のとおり相違ありません。																																	
令和 年 月 日																																	
医療機関名称																																	
所在地																																	
電話																																	
医師氏名																																	
<お願い> 証明日以前の期間を証明願います。 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)をご記ください。																																	

# 傷病手当金について

## ◆支給要件

次の5つの要件を全て満たすと、傷病手当金を受けることができます。

- ①被保険者であること。  
任意継続被保険者の方は対象ではありません。
- ②病気・けがのために仕事につけず休んでいること(医師の証明が必要)。  
これまでやっていた仕事に全くつけない程度のことをいいます。  
業務上または通勤途上中の事故による傷病は対象外です。
- ③連続する3日を含み4日以上仕事を休んでいること。  
3日間は待期期間として支給されません。4日目以降の仕事につけなかった日に対して支給されます。
- ④給与の支給がないこと。  
給与が一部支給されている場合は、傷病手当金支給額と調整されます。
- ⑤障害年金・障害手当金・老齢年金を受給していないこと。  
年金等を受給していても傷病手当金より少ないときは、その差額が支給されます。

## ◆支給期間と支給額

### 1.支給期間

傷病手当金は、受け始めた日から最長1年6ヶ月の期間内で受けられます。

### 2.支給額

- ◎法定給付 \*被保険者期間が1年以上の人  
休業1日につき、支給開始日以前の継続した12ヶ月間の標準報酬月額平均の30分の1の3分の2に相当する額
- \*被保険者期間が1年未満の人
- ①支給開始日以前の継続した各月の標準報酬月額平均の30分の1に相当する額
  - ②加入している健康保険の平均標準報酬月額30分の1(平均標準報酬日額)に相当する額  
休業1日につき、①か②のいずれか少ない額の3分の2に相当する額が支給されます。
- ◎付加給付 休業1日につき、支給開始日以前の継続した12ヶ月間の標準報酬月額平均の30分の1の15分の2に相当する額  
付加給付は在職期間および任意継続加入期間のみ支給されます。

出産手当金を同時に受けられる場合は、出産手当金の支給が優先し、その間は傷病手当金は支給されません。ただし、傷病手当金が先に支給されているときは、出産手当金の内払いとみなし、その額だけ出産手当金の額が調整されます。

## ◆退職後の継続給付

退職等で加入者の資格がなくなった場合、次の4つの要件を全て満たすと、傷病手当金を受けることができます。

- ①退職日までに、1年以上継続して被保険者であること。  
任意継続加入期間は含まれません。
- ②退職日に傷病手当金を受給しているか、受給できる状態であること。  
受給できる状態とは、待期期間(3日)を経過し4日目以降が退職日であることをいいます。
- ③退職後も引き続き同じ病気療養のため(医師の診断により)労務不能の状態であること。  
退職後に働ける状態になり傷病手当金が不支給になった場合には、その後さらに労務不能になったとしても傷病手当金は支給されません。
- ④退職日に仕事を休んでいること。

## ◆提出先

- 三田地区 : 人事部健保担当(慶應義塾健康保険組合)  
信濃町地区 : 人事課給与厚生担当  
その他地区 : 総務担当部署

## ◆問合せ先

- 慶應義塾人事部健保担当・慶應義塾健康保険組合  
〒108-8345 東京都港区三田2-15-45  
Tel:03-5427-1525(内線:22106) Fax:03-5427-1521  
Email:keio-kenpo@adst.keio.ac.jp