

傷病手当金 説明資料

傷病手当金は、被保険者とその家族の生活を保障することを目的とした制度です。

支給条件

- ①業務外の病気やけがによる療養のため、仕事に就くことができない
 - ②連続する3日間を含み、4日以上、仕事に就いていない
 - ③休んだ期間について、事業主からの給与の支払いがない
- ①～③のすべてを満たしたときに、支給されます。
ただし、工作中や通勤途中での病気やけがは、労働者災害補償保険となるため、支給対象外です。

給付を受ける権利の時効

労務不能であった日ごとにその翌日から2年

支給期間

傷病手当金・傷病手当金付加金の支給期間は、同一の疾病又は負傷及びこれにより発した疾病に関しては、その支給を始めた日から通算して1年6カ月間。

支給期間(総日数)の考え方

初回の申請から3日間の待期間を経て、支給を始める4日目より、暦に従って1年6カ月間の計算を行い傷病手当金の支給期間を確定する。

支給日数のカウントについて

- ・出勤により不支給となる期間は、支給日数としてカウントしない。
- ・報酬や、障害年金又は出産手当金等との併給調整により不支給となる期間は、支給日数としてカウントしない。但し、調整の結果、一部でも傷病手当金が支給される場合は、カウントする。
- ・出産手当金を支給すべき場合において既に傷病手当金が支払われているときは、その支払われた傷病手当金は、出産手当金の内払いとみなされ、傷病手当金の支給日数にカウントする。

注意事項

同一傷病とみなされる場合

異なる傷病名でもその実態に明らかな断絶が認められないときや、第一傷病を原因として第二傷病が発生したという因果関係がある場合は同一傷病とみなされます。

また、復職していても、同一傷病での治療が続いている場合は治癒とはみなされません。

出産手当金の支給期間と重なった場合

傷病手当金の支給期間中に、出産手当金を支給すべき事由が生じた場合、傷病手当金の支給は停止されて出産手当金が支給されます。(出産手当金より傷病手当金の金額が多い場合、その差額が支給されます)ただし、出産手当金の支給期間が満了した後、なお傷病手当金の支給を継続して行う状態にあれば引き続き傷病手当金が支給されます。

待期間

働けなくなった日から起算して、連続した3日間の働けない期間を「待期間」といいます。

この期間は傷病手当金は支給されません。

待期間については、「年次有給休暇」、「欠勤」、「休日」のいずれかで連続した3日間の労務不能(働けない状態)がなければなりません。

算定基礎日額

支給を始める日の属する月以前の直近の継続した12カ月間の各月の標準報酬月額を平均した額の30分の1に相当する額。

入社間もない方など、支給開始日以前の期間が12カ月に満たない場合は、いずれか少ない方の額を使用して計算します。

- a. 支給開始の属する月以前の継続した各月の標準報酬月額の平均額
- b. 支給開始の属する年度の前年度9月30日における全被保険者の標準報酬月額を平均した額

傷病手当金

欠勤1日につき「算定基礎日額」の3分の2に相当する額。

(例) 算定基礎日額 (240,000÷30日) × 2/3 = 5,333円

傷病手当金に係る付加給付（退職後の継続給付の場合は対象外）

付加給付とは、健保組合が独自の規約に基づき、法定給付に加えて任意に行う一定の給付です。

傷病手当金付加金

欠勤1日につき「算定基礎日額」の100分の14に相当する額。

(例) 算定基礎日額 (240,000÷30日) × 14/100 = 1,120円

延長傷病手当金付加金

「傷病手当金」「傷病手当金付加金」の受給期間を過ぎても傷病が治らず仕事に就けない場合、さらに最大1年延長して給付金を支給します。

欠勤1日につき「算定基礎日額」の100分の60に相当する額。

(例) 算定基礎日額 (240,000÷30日) × 60/100 = 4,800円

支給調整

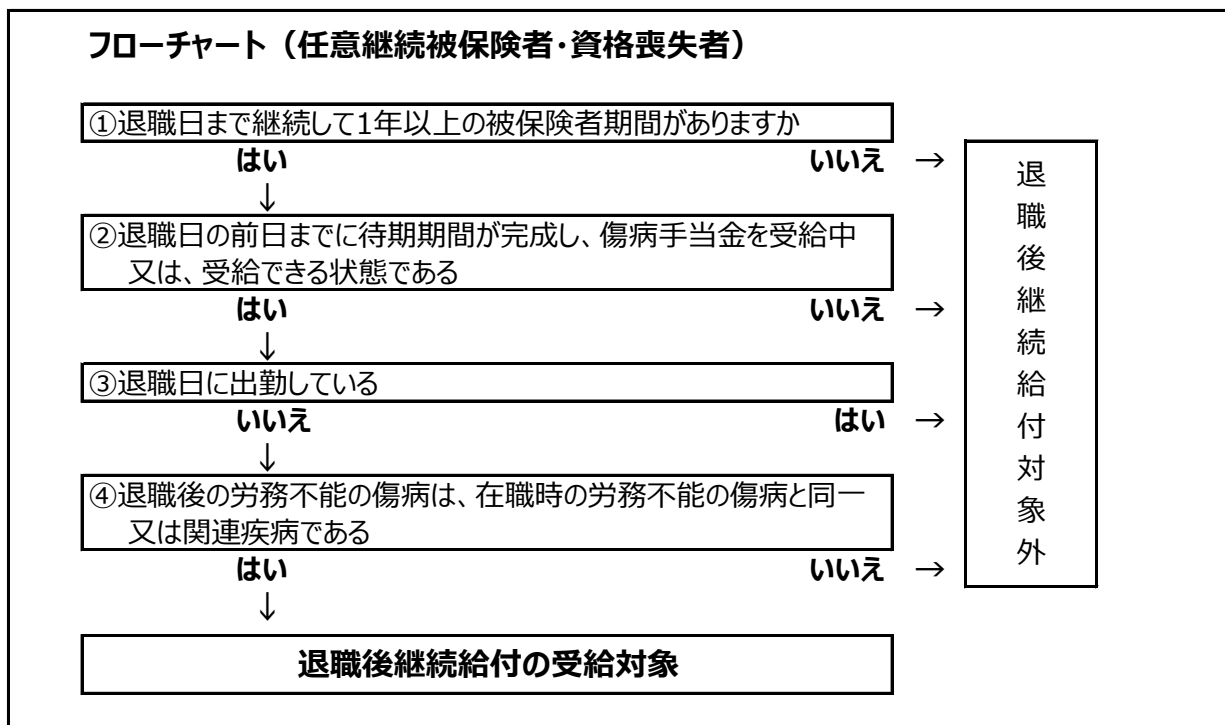
傷病手当金等（傷病手当金、傷病手当金付加金、延長傷病手当金付加金）は以下の支給がある場合に調整（減額）されます。

1. 事業主から報酬の支払いを受けている場合
報酬が支払われている場合でも、その金額が傷病手当金より少ないときは、その差額を支給。
2. 出産手当金・出産手当金付加金を同時に受けた場合
出産手当金の給付が優先。出産手当金の額が傷病手当金より少ない場合は、その差額を支給。
3. 障害厚生年金または障害手当金（同一疾病のみ）を受けている場合
障害厚生年金の額（障害基礎年金も受給している場合は合算した額）の360分の1が傷病手当金の日額より少ない場合は、その差額を支給。
4. 労災保険の休業補償給付を受けている場合
休業補償給付金の日額が傷病手当金の日額より少ない場合は、その差額を支給。
5. 退職後の老齢（退職）年金（特別支給も含む）を受けている場合
老齢退職年金の額の360分の1が傷病手当金の日額より少ない場合は、その差額を支給。
(在職中は調整しません。)

退職後の継続給付

退職すると被保険者の資格を失い、健康保険の給付を受けられなくなりますが、要件に該当すれば、保険料を納めなくても給付が受けられる場合があります。

1. 資格を喪失した日の前日まで継続して1年以上被保険者であったことが必要
任意継続期間は含まない
2. 退職日当日に傷病手当金を受け得る状態にあることが必要
報酬との調整により支給されない場合を含む
3. 在職中に傷病手当金を受けていた時と同一疾病によって退職後も労務不能状態が続いていること
病名が違って、症状や原因が同じものは同一疾病となります
4. 支給開始日から通算して1年6カ月の範囲であること
1日でも「受給できない日」があれば、同一疾病で再び労務不能になったとしても、その後の傷病手当金は支給できません。退職後は断続して受けることはできません。
5. 失業給付（雇用保険）の給付を受けていないこと
失業保険の給付を退職後に受給したことは、労働の意思及び能力があったという認定がハローワークでなされたのであって、労務不能の支給要件に当てはまらない。



障害年金制度について

傷病手当金受給者や疾病・負傷により療養中の方が、障害年金制度の仕組みや事後重症請求（障害認定日時点では障害年金の等級に該当しないが、その後、症状悪化で障害年金の等級に該当した場合に行う請求）などの請求方法を知らないため、障害年金の請求が遅れてしまう場合があります。請求が遅くなると受け取り可能な年金総額が減少する可能性がありますので、請求は早めに行ってください。

- ・初診日から1年6か月以上経過し、かつ、障害年金の等級に該当している場合は、障害年金を受給できます。
- ・初診日から1年6か月以上経過していれば、その後、65歳までのいつの時点で障害年金の等級に該当しても、障害年金を請求できます。

お問い合わせは、お近くの年金事務所や年金相談センターへ

<https://www.nenkin.go.jp/section/soudan/index.html>

退職後継続受給用

任意継続 任意継続以外

常務理事	事務長	担当者

傷病手当金(付加金)請求書

延長傷病手当金付加金請求書

【被保険者へお願い】

- ・消えないボールペンで丁寧に記入ください。
- ・訂正する場合は、二重線で抹消し正しい内容をご記入ください。
- ・傷病手当金は生活保障を目的としているため、1ヵ月毎に請求してください。

1/2 枚目

記号・番号	XXXX - XXXXXX	電話番号 日中の連絡先	XXX-XXX-XXXX
フリガナ	ケンコウ タロウ	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 Y 年 M 月 D 日
被保険者氏名	健康 太郎	資格取得日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 3 年 4 月 1 日
退職前の 会社・事業所名	出向していた場合、原籍会社を記入	退職前の 業務種別	<input checked="" type="checkbox"/> 令和 4 年 1 月 16 日
傷病名	在職中に受給していた時と同一疾病	発病又は負傷 の年月日	<input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 開発 <input type="checkbox"/> 設計 <input checked="" type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 3 年 5 月 17 日
申請期間 療養のために休んだ期間	令和 4 年 1 月 16 日 ~ 令和 4 年 2 月 15 日	資格喪失日	31 日間 休日も含めた日数
発病又は負傷時の状況を詳しく 記入してください	最初に発病又は負傷した時の状況について記入		
申請期間中の病状、療養の状況を 詳しく記入してください	申請期間 1/16~2/15 について、病状や療養の状況を記入		
医師から受けた治療や、療養に 関する指示の内容	申請期間 1/16~2/15 について、医師から受けた治療や、療養に関する指示を記入		
第三者行為(交通事故や暴力行為)によるものですか(該当する回答に○)	該当する回答にチェックしてください <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
労災(業務上又は通勤途上の負傷)によるものですか(該当する回答に○)	該当する回答にチェックしてください <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか(該当する回答に○)	該当する回答にチェックしてください <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
[はい・申請中]の場合 → 傷病名:			
老齢厚生(基礎)年金を受給していますか(60歳以上の方は該当する回答に○)	<input checked="" type="checkbox"/> はい → 添付書類「年金証書、直近の年金額改定通知書」の写し <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> いいえ		
照会に関する同意	<input checked="" type="checkbox"/> 私は、傷病手当金の支給決定を行うにあたり、古河電工健康保険組合が、医療機関等に対して照会を行い、回答・提供を受けること、また、医療機関等が、古河電工健康保険組合の照会に対して回答することに同意します。尚、本紙の写しも有効と認めます。		
振込口座 ※任意継続は記入不要	任意継続者を除く、退職後の請求、退職予定の方のみ記入 任意継続者は、登録済の口座へ支払います		
金融機関コード			
添付書類	ゆうちょ銀行を指定した場合は通帳のコピー(店名、店番、預金種目、口座番号が書いてあるページ)初回のみ添付 ※ゆうちょ銀行の場合は、ゆうちょ銀行と店名(支店名)及び振込専用の新しい口座番号(7桁)を記入		

健保記入欄	給付種別	<input type="checkbox"/> 傷手 <input type="checkbox"/> 延長	支給回数	回	支給日	令和 年 月 日
	支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日間			
	給付期間	年 月 日 ~ 年 月 日	日額	円	法日	円
	任継期間	年 月 日 ~ 年 月 日	円	付日	円	円
	法定給付	合計給付額				
	付加給付	円				

被 保 険 者 記 入 欄	退職後の健康保険 (任意継続以外)	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 家族の扶養 <input type="checkbox"/> 再就職先の健康保険 <input type="checkbox"/> その他の社会保険 添付書類 ① 現在加入している健康保険証の写し ② 今回の申請期間の診療について、医療診療明細書 又は 医療費明細書の写し ③ 領収書の写し	任意継続以外の方は 添付書類を忘れずに提出してください
	雇用保険 失業給付の状況	<input type="checkbox"/> 給付の申請はしていない <input checked="" type="checkbox"/> 受給期間延長の申請をした(令和 4 年 4 月 16 日から延長継続中) → 初回のみ「延長通知書」写しを添付してください <input type="checkbox"/> 受給手続き中である(令和 年 月 日から受給予定) <input type="checkbox"/> 現在既に就職済である(令和 年 月 日から就労中) <input type="checkbox"/> その他()	
	医者のかかり方	<input checked="" type="checkbox"/> 医師の指示した日に受診 <input type="checkbox"/> 薬がなくなったら受診 <input type="checkbox"/> 自分の判断で受診	
	次の受診予定日	令和 4 年 3 月 16 日 <input type="checkbox"/> 未定	
	薬の処方の有無	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 処方がある場合のみ、下記↓回答してください。	
	医師からの指示	<input checked="" type="checkbox"/> 決められた通りに服用するよう指示 <input type="checkbox"/> 調子の悪い時だけ飲むよう指示	
	実際の服用	<input checked="" type="checkbox"/> 決められた通りに服用している <input type="checkbox"/> 自分の判断で服用している <input type="checkbox"/> 全く服用していない	
日中の過ごし方 (複数回答可)	<input checked="" type="checkbox"/> 1日(2)時間ほど横になっている <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 1日中横になっている <input checked="" type="checkbox"/> 散歩する 1日(1)回、(60)分程度 ()		

【医療機関へお願い】

- ・治療期間ではなく、療養のため就労できなかったと認められる期間をご記入ください。
- ・労務不能と認めた期間は、主治医の証明日以前の期間をご記入ください。
- ・楷書で丁寧に記入ください。訂正した場合は、訂正印を押してください。

医 師 の 証 明 欄	患者氏名			
	傷病名			初診日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	発病又は負傷 の年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	発病又は負傷 の原因	
	労務不能と 認めた期間	主治医の証明日以前の期間を記入(未来日は不可)		診療実日数 日
	上記の内入院期間	令和 年 月 日 ~	令和 年 月 日	退院日 年 月 日
	就労可能見込み	令和 年 月 日頃 / <input type="checkbox"/> 現時点では不明		手術日 年 月 日
	労務不能と認めた 期間の主たる症状 及び経過	・記入された内容に対して審査し支給決定を行うため 詳しく記載してください。 ・記入漏れは不備になりますので、ご注意ください。 ・訂正した場合は、訂正印を押してください。 ・楷書で丁寧に記入ください。		
人工透析実施又は人工臓器を装着したとき	上記のとおり相違ないことを証明します。			
人工透析の実施又は人工臓器を装着した日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	令和 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()	所在地 医療機関名 医療機関の名称・所在地はゴム印を使用してください。 医師名 ⑩ 電話番号 ()			
	医療機関の名称・所在地はゴム印を使用してください。			