

傷病手当金請求の手続き

SUBARU健康保険組合

1. 傷病手当金について (健康保険法 第99条)

傷病手当金とは、被保険者が病気やけがで会社を休み、その間、事業主から給与の支払いがない場合に一定の要件に該当すれば1年6ヵ月を限度に支払われる生活保障を目的とした制度です。傷病手当金が支給されるためには以下の要件が必要となります。

(1) 療養のための休業であること。

業務外の事由による病気やけがで治療中であること。

業務上の事由によるものでは労災保険の対象となり、健康保険の傷病手当金は受けられません。

(2) 労務不能であること。

休む前に勤務していた業務に就けない状況であることが必要です。

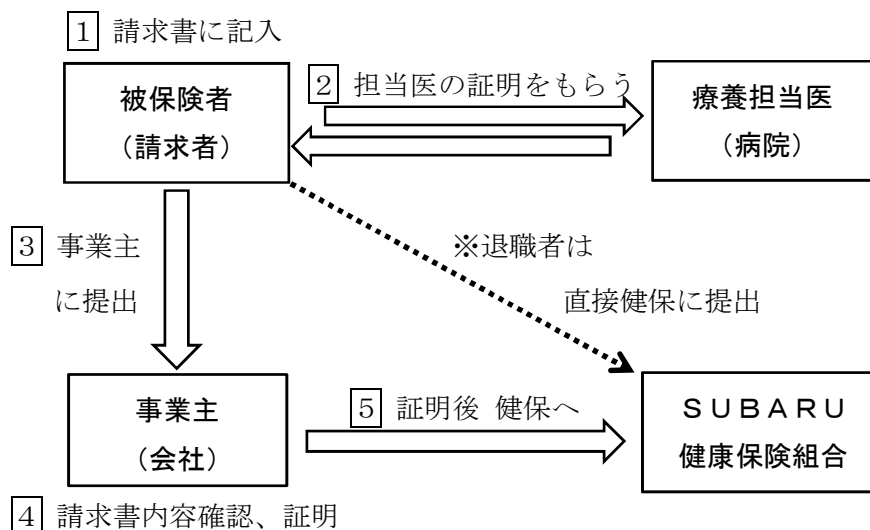
(3) 労務不能で4日以上休んでいること。

上記(1)(2)の状態が3日連続(待期間)していることが必要で、4日目から支給が開始され、支給開始日から支給された日を通算して1年6ヵ月の間は同一傷病による休業の都度、請求すれば支給を受けられます。

(4) 給与の支払いがないこと。

休んだ期間に給与の支払いがない場合に支給されます。また給与の支払いがあっても傷病手当金の支給額より少ない場合にはその差額が支給されます。

2. 傷病手当金請求書の手続きの流れ (以下、「請求書」と記載します)



1 被保険者が請求書に必要事項を記入(表、裏面)

2 被保険者にて記入後、請求書を病院へ提出し、療養担当医の意見および証明を受ける。

3 療養担当医の証明を受けた請求書を被保険者から事業主(勤務先の会社)へ提出する。

※退職後の傷手給付者は、直接健保へ請求書を郵送または持参して提出する。

4 事業主にて請求書の記載内容等を確認し、事業主の証明を行う。

5 事業主にて内容確認・証明した請求書を健保組合に提出する。

3. 傷病手当金請求書の提出時期のお願い

請求書の「労務に服することができなかった期間」について、1 か月単位※事業主に提出してください。

(※ 第1回目および最終の請求の場合には実際の期間で作成してください)

また、「労務に服することができなかった期間」について療養担当医の証明をもらうため、必ずこの期間内に少なくとも1回は療養担当医の診察を受けてください。

毎月、月末ころまでに事業主から健保に請求書が届いた分について、翌月末に支給となります。

(「受取代理」の場合は翌月給与に加算して支給)

請求がこれに間に合わなかった分については、翌々月末に支給となりますのでご承知おきください。

また、長期連休等のカレンダーによっては請求締切日が前倒しになることがありますので、早めにご請求くださるようお願いいたします。

なお、請求書の内容によっては、療養担当医や関係機関への照会等により支給までに期間を要したり、傷病手当金が不支給と決定されることもあります。

4. 療養担当医等関係諸機関への照会について

傷病手当金は、病気やけがで会社を休んで治療の必要があるという療養担当医の意見を参考にして健保組合が認めた場合のみ支給されるものです。請求書を提出されても健康保組合の支給基準を満たしていない場合には支給されません。

なお、傷病手当金の請求内容に疑義が生じた場合、書面・電話・面談による厳正な審査や療養担当医など関係機関に対する照会などを実施します。

5. 傷病手当金請求書の記入に関する注意事項

請求書への記入は必ず黒色のボールペン・万年筆等を使用し、裏紙の使用は認められません。鉛筆や「消せるボールペン」等改ざん可能な筆記具で記入された請求書は受付できません。

【請求書表面の記入上の注意】

- ① 「被保険者の氏名・所属」欄に所属、氏名を記入してください。
また、「医師照会同意欄」の記載事項を精読いただき、被保険者の同意の署名（自筆）をしてください。なお、この同意欄に被保険者の自筆の署名がない場合は請求書を受付できません。
- ② 発病または負傷が業務中や通勤途上の場合は労災の可能性がありますので、「確認書」の添付をお願いすることがあります。(労災の場合、傷病手当金は給付されません)
- ③ 外傷性の負傷等の場合、原因が第三者（加害者）の行為によるものか確認する必要があるため、「傷病原因届」を添付してください。
- ④ 「労務に服することができなかった期間」については、その期間内の会社休日も含めた日数となります。また、2回目以降の請求書に記載の期間については、前回請求書の期間と重複しな

いようご注意ください。

⑤「障害厚生年金または障害手当金受給の有無」の項で「有」の場合、受給者氏名、傷病名および最新の受給金額が分かる公的書類等の写しを添付してください。

⑥「老齢年金受給の有無」の項で「有」の場合、受給者名と最新の受給金額が分かる公的書類等の写しを添付してください。

※年額の右隣の空欄に被保険者の現在の状況について「**在職中**」または「**〇年〇月〇日退職**」と記入してください。（退職の場合は退職日を明記してください）

資格喪失後に傷病手当金の継続給付を受けている方が老齢(退職)年金を受けている場合は、原則 傷病手当金は支給されませんが、老齢(退職)年金額の 360 分の 1 が傷病手当金日額より少ない場合はその差額を支給します。

⑦ 介護保険法によるサービスを受けた場合は、その領収書等サービスの内容が分かる書類の写しを請求書提出の都度、毎回添付してください。

【請求書裏面の記入上の注意】

⑧「療養担当医の意見」欄の「労務不能と認められた期間」や「証明日」には実績の日付を記入してもらってください。請求書提出日より未来の日付や未来の証明日の記載は認められません。

⑨「診療実日数」が「0日」は原則認められません。やむを得ず「0日」とせざるを得ない事情がある場合は、「理由書」に記入のうえ傷病手当金請求書に添付して提出してください。（理由書の用紙は事業主または健保組合から入手できます）

⑩「受取代理」の「請求者」欄に委任する日付を記入し、被保険者（請求者）の自筆の署名をしてください。

⑪「受取代理人」の欄は、事業主が受取代理人となります。

⑫ 退職が決まっている場合および退職者・退職後継続給付者（任意継続者を含む）、また株式会社 S U B A R U 期間従業員については、手当金の給与加算ができないため「受取代理」欄には記入せず、「振込口座」の欄に被保険者本人名義の金融機関口座情報を記入してください。

なお、「振込口座」の金融機関として「ゆうちょ銀行」「ネット銀行」は取り扱っていないため記入不可です。

6. その他

(1) 退職後継続給付者は請求書提出時に毎回「療養・日常生活等状況報告書」を提出してください。

(2) 当健保組合の資格を取得してから 1 年 6 ヶ月未満の方が傷病手当金を請求される際には、資格取得前の健康保険加入記録および健康保険給付記録等の調査に対する「同意書」と「本人回答書」を提出してください。

傷病手当金を請求される方へのお願い

傷病の療養にあたっては、担当医師の指示をよく守り、また医師により処方された薬剤は必ず服用して 1 日も早い回復を目指してください。

提出ルート: 被保険者→事業主→健保
(任意継続被保険者・資格喪失者は直接健保へ)

健保が使用(記入不要)

支出伺

令和 年 月 日

支給決議書	支給月日	令和 年 月 日						
	<table border="1"> <tr> <td>常務理事</td> <td>事務長</td> <td>担当</td> <td>担当</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	常務理事	事務長	担当	担当			
常務理事	事務長	担当	担当					

支給額	法定給付	円
	付加給付	円
	支給計	円
支給期間	令和 年 月 日 から	日間
	令和 年 月 日 まで	
報酬月額	円	円
	円	円
法定給付	円 × (2/3) × 日	円
	円 × (2/3) × 日	円
付加給付	円 × (2/15) × 日	円
	円 × (2/15) × 日	円

傷病手当金(法定・付加)請求書 (第 ① 回)

② 支払開始日 令和 年 月 日

請求者が記入するところ

被保険者証の記号番号	③ 1001-12345	被保険者の氏名・所属	④ 製造部 第三製造課/主査 富士太郎
被保険者の同意欄	私は貴組合が傷病手当金の支給決定にあたり、必要な場合に関係諸機関に照会することに同意します。照会行為に対して貴組合へ一切の異議または請求等の申し立てをしません。関係諸機関が上記照会について回答することにも同意します。 署名(自筆) 富士太郎 ⑤		
請求者の現住所	〒 150 - 0013 東京都渋谷区恵比寿1-20-8 ⑥ 電話番号 03 - 6445 - 8976		
事業所の名称	⑦ 株式会社 ○○○○		
資格取得年月日	⑧ 昭和 18 年 4 月 1 日 令和	被保険者の業務の種別	⑨ 製造(直接職)
発病または負傷の年月日	令和 4 年 3 月 12 日	発病または負傷の原因	⑩ スノーボードで転倒
傷病名	⑪ 右肩脱臼骨折 傷病名コード ⑬		
労務に服することができなかった期間	⑫ 令和 4 年 3 月 12 日 から ⑭ 令和 4 年 3 月 19 日 まで 8 日間		
上記の期間中において報酬の全額または一部を受ける期間	⑮ 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間(有給休暇)		
障害厚生年金または障害手当金受給の有無	有・請求中 ⑯ 無	年金番号	傷病名
老齢年金受給の有無	有・請求中 ⑰ 無	年金番号	年額
介護保険法によるサービスを受けた時	⑱ 被保険者番号	保険者番号	保険者名称 ⑱
備考欄	⑱		

(請求者は表・裏面とも太枠内について記入してください)

傷病手当金請求書【表面】の記入について

本請求書への記入は必ず、ボールペン等でご記入ください。
※鉛筆、消せるボールペン等で記入されたものは受付することができませんのでご注意ください。

【傷病手当金請求書提出の流れ】



この欄は健保で使用しますので記入しないでください。
また下記の①②⑬についても健保で使用しますので記入しないでください。

①②⑬ : 健保使用欄
③~⑫、⑭~⑱ : 請求者にて記入してください(太枠内)

番号	説明(記入内容、注意点など)
①	請求書表題の「回数」欄は健保で使用しますので何も記入しないでください。
②	「支払開始日」欄は健保で使用しますので何も記入しないでください。
③	被保険者の「記号」(4桁の数字)と「番号」を記入してください。
④	被保険者の所属と氏名を記入してください。
⑤	療養状況等により、担当医他に照会等を行う場合がありますので、「医師照会同意欄」の内容を確認し、同意した証として本人自筆の署名をしてください。
⑥	請求者の現住所、電話番号を記入してください。
⑦	所属している事業所(勤務先の会社)の名称を記入してください。
⑧	「資格取得年月日」を記入してください。資格取得日が請求年月日の1年半未満の場合は、「照会同意書・本人回答書」の添付が必要となります。
⑨	被保険者の業務の種別について簡潔に記入してください。(例:事務、製造、検査、物流、技術、開発などの職種に加え、直接職/間接職の区別についてもできるだけ記入してください)
⑩	今回の傷病手当金の対象となる傷病の発病あるいは負傷した年月日を記入してください。
⑪	発病・負傷の原因を簡潔に記入してください。原因が外傷や第三者行為等による場合は「傷病原因届」を添付してください。労災の可能性がある場合は「確認書」の提出をお願いすることがあります。
⑫	担当医師から告げられた傷病名を記入してください。
⑬	「傷病名コード」は健保で使用しますので何も記入しないでください。
⑭	「労務に服することができなかった期間」を記入してください。療養担当医が「労務不能と認めた期間」(裏面)と一致している必要があります。またこの期間に少なくとも1回は担当医の診察を受けている必要があります。
⑮	⑭の期間に給与等が支給されていた場合は、支給対象となった期間を記入してください。
⑯	障害厚生年金、障害手当金の受給有無、受給している場合は年金番号、傷病名、年額を記入してください。
⑰	老齢年金の受給有無と、年金を受給している場合は年金番号、年額を記入してください。
⑱	老齢年金受給者は現在の状況について「在職中」または「〇年〇月〇日退職」と記入してください。
⑲	介護保険法によるサービスを受けたときは被保険者番号、保険者番号、保険者名称を記入してください。

傷病手当金請求書【裏面】の記入について

②⑦⑨のみ請求者にて記入してください。(太枠内)

【療養担当医が証明（請求者は記入不要）】担当医に本記入例を見せて請求書に記入してもらってください。

番号	説明（記入内容、注意点など）
②⑦	「療養担当医の意見を書くところ」欄は担当医師に記入してもらってください。請求者本人は記入不要です（記入できません）
②⑧	「療養の給付を開始した年月日」には療養担当医が初回に診察した年月日（初診日）を記入してください。
②⑨	労務不能と認めた期間には実績を記入してください。申請日以降の未来の証明日は原則不可です。また②⑧の初診日より前の証明日も認められません。
③①	「診療実日数」欄には今回請求の期間に診療した日数を記入します。「0日間」は原則不可です。また空欄も受付できません。 ⇒どうしても「0日間」となる事情がある場合は被保険者において「理由書」※に記入の上、提出してください。
③②	「転帰」欄には今回の労務不能期間後の状態を必ず記入してください。
③③	「医師の署名」欄も申請日以降の証明日は原則不可です。「医療機関 住所・名称」の記載についてはゴム印の押印にてお願いいたします。

※「理由書」の記入用紙については健保組合にご相談ください。
※医師に記入してもらったら、記入もれ等がないか、確認してください。記入漏れがあった場合、請求書を受理できない場合があります。

【事業主（勤務先の会社）が証明（請求者は記入不要）】

③④	「事業主の証明」欄は労務に服さなかった期間やその期間の報酬の有無を事業主（勤務先の会社）が証明する欄です。請求者は記入不要です（記入できません） 請求書に記入後、療養担当医の意見をもらい、勤務先の担当部署にご提出ください。
----	--

【受取代理請求者=被保険者（代理受取の対象者）が記入】：給付金は給与に加算となります。

③⑤	「受取代理」の「請求者」欄に請求日を記入し、被保険者（請求者）の自筆の署名をしてください。
----	---

【受取代理人=勤務先の会社が記入（請求者は記入不要）】

③⑥	「受取代理人」欄は事業主が記入する欄で、請求者は記入不要です。
----	---------------------------------

【振込口座=代理受取の対象とならない被保険者が記入】：給付金は指定口座に振り込まれます。

③⑦	資格喪失者（本人死亡の場合も含む）、(株)SUBARU期間従業員、(株)SUBARUパートの方などは「振込口座」欄にご自身名義の金融機関の口座を記入してください。 ゆうちょ銀行、ネット銀行は取り扱いしておりませんので、それ以外の金融機関の口座をご記入ください。
----	---

任意継続被保険者の方は資格取得時に指定した口座に振り込まれますので、受取代理および振込口座の欄に記入する必要はありません。

（医師が証明するところ）
（請求者は記入不要）

②⑦ 療養担当医の意見を書くところ	傷病名		発病又は負傷の原因		
	発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日	療養の給付を開始した年月日②⑧	令和 年 月 日	
	②⑨ 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	診療実日数	③① 日間
	傷病の主症状及び経過の概要	③② 治癒 死亡 繰越 転医 中止 ③③ 転 帰			
	入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間		

上記のとおり相違ないことを証明する (医療機関住所・名称はゴム印を使用してください)

③④ 令和 年 月 日
医療機関 住所
名称
医師 署名(自筆)
電話

（勤務先の会社が証明するところ）
（請求者は記入不要）

③④ 事業主の証明	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	左の期間中支払う報酬	あり・なし
	上の報酬関係支払う	支給する報酬を	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間 円	あり・なし 円
		支手場給するみ	育児支援[家族]手当 (円) 通勤手当 (円) 別居手当 (円) 出向手当 (円) その他手当(名称: 金額: 円)		
上記のとおり相違ないことを証明する (ゴム印使用) 事業主 住所 名称					

（勤務先の会社が記入）

受取代理	請求者	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します 令和 4 年 3 月 20 日			
	③⑤ 受取代理人	被保険者(請求者)署名(自筆) 富士太郎 (ゴム印使用)			
	③⑥ 受取代理人	代理人の住所			
		代理人の氏名			

※以下、資格喪失者等、(株)SUBARU期間従業員等、代理受取の対象とならない方は記入してください

③⑦ 振込口座	金融機関	銀行名	銀行・信金 店・本店	
		銀行番号	信組	支店・出張所
	預金種別	1: 普通 2: 当座	口座番号	(フリガナ) 口座名義

(任意継続被保険者の方は資格取得時に指定した口座に振り込まれますので、受取代理・振込口座の記入は不要です)