

4-4 病気やけがで休んだとき

被保険者…『傷病手当金』

(1) 傷病手当金

○被保険者が病気やけがの療養のため仕事に就くことができなくなり、報酬が支払われないときは、「傷病手当金」が支給されます。

○次の要件が全て揃ったときに支給されます。

- ①病気やけがの療養のため労務(仕事)に服することができないとき
- ②報酬が支払われないとき
- ③連続して3日以上休んだとき

※続けて休んだ場合の4日目から支給されます。

(2) 支給開始日

○傷病手当金は、続けて3日以上休んだ場合に4日目から支給されます。始めの3日間を“待期間”と言い、その間は支給されません。さらに、4日目以降の出勤状況が有給休暇等の場合は、実際に欠勤になった日が支給開始日となります。

○待期間は、療養のために労務不能な状態であり、実際に休務していることが要件となりますので、有給休暇や公休日等が含まれていても待期間は完成します。(有給・無給は問いません。)

(3) 支給期間

○「傷病手当金」は、支給を開始した日から通算して1年6ヵ月に達する日までが対象です。支給期間の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、その分の期間が延長されます。

(4) 支給額

○「傷病手当金」は、1日につき、支給開始月を含む直近12ヶ月間の標準報酬月額を平均した額÷30の3分の2

※ただし、被保険者期間が12ヶ月に満たない場合

(1) 支給開始月以前の連続した被保険者期間の標準報酬月額を平均した額÷30

(2) 支給開始日の属する年度の前年度の9月30日における当組合全被保険者の標準報酬月額を平均した額÷30

上記(1)と(2)を比べて少ない方の額の「傷病手当金」は3分の2

4. 給付関係

傷病手当金・出産手当金の算定例

【被保険者期間が12ヶ月以上の場合】

(例) 支給開始月を含む直近12ヶ月の標準報酬月額が下記の場合

月	R5.5	6	7	8	9	10	11	12	R6.1	2	3	4
標準報酬月額 (千円)	260	260	260	260	300	300	300	300	300	300	300	300

支給開始日が属する月

$(260,000 \times 4 \text{ヶ月} + 300,000 \times 8 \text{ヶ月}) \div 12 \text{ヶ月} \div 30 \text{日} = 9,555.555\cdots \approx 9,560 \text{円}$ (10円未満四捨五入)

【支給日額】

傷病手当金 $\Rightarrow 9,560 \text{円} \times 2/3 = 6,373.333\cdots \approx 6,373 \text{円}$ (10円未満四捨五入)

出産手当金 $\Rightarrow 9,560 \text{円} \times 2/3 = 6,373.333\cdots \approx 6,373 \text{円}$ (10円未満四捨五入)

※受給期間中に定時決定等で標準報酬月額の増減があつた場合でも、支給日額は支給終了まで変わりません。

【被保険者期間が12ヶ月に満たない場合】

下記の(1)・(2)を比べて、少ない方の額を使用して計算します。

(例) 資格取得が10月で、標準報酬月額が下記の場合

(1) 支給開始月以前の被保険者期間の平均標準報酬月額

月	R5.10	11	12	R6.1	2	3	4
標準報酬月額 (千円)	340	340	340	380	380	380	380

$(340,000 \times 3 \text{ヶ月} + 380,000 \times 4 \text{ヶ月}) \div 7 \text{ヶ月} \div 30 \text{日} = 12,095.238\cdots \approx 12,100 \text{円}$ (10円未満四捨五入)

(2) 支給開始日の属する年度の前年度の9月30日における当組合の全被保険者の平均標準報酬月額

(令和5年9月30日における当組合の平均標準報酬月額 \rightarrow 340千円)

$340,000 \text{円} \div 30 \text{日} = 11,333.333 \text{円} \approx 11,330 \text{円}$ (10円未満四捨五入)

※この場合、(2)の金額から支給日額を算出します。

4. 給付関係

(5)提出書類

- 「傷病手当金請求書」

(6)報酬が受けられるとき

- 病気やけがの療養のために休んでも、給料が支払われている場合は傷病手当金は支給されません。ただし、給料の一部が支払われている場合で、その額が傷病手当金よりも少ないときは、その差額が支給されます。

(7)障害年金が受けられるとき

- 障害厚生年金や障害基礎年金等を受給する場合、その受給額が傷病手当金より多いときは、傷病手当金は支給されません。ただし、その受給額が傷病手当金より少ないときは、その差額のみ支給されますので、年金証書および受給額がわかる書類(振込通知書等)の写しを添付してください。

(8)出産手当金が受けられるとき

- 傷病手当金の支給を受けている期間中に、出産手当金の支給を受けられることになった場合、出産手当金の支給が優先されます。ただし、出産手当金の支給額が傷病手当金の額よりも少ないときは、その差額が支給されます。

(9)業務上の事故が原因のとき

- 業務上あるいは通勤途中の事故などが原因のときは、健康保険ではなく労災保険の適用となるので、傷病手当金は支給されません。

(10)時効

- 労務不能であった日ごとに、その翌日から2年

(11)その他

- 負傷(けが)の場合は、初回請求時に「負傷届」(6-3-2 参照)を添付してください。
- 傷病手当金は、給料に代わるものですので、事由発生後すみやかに、おおむね1ヶ月を単位として請求してください。請求期間の開始日より4ヶ月以上経過した請求の時は、「遅延理由書」(指定の用紙はありませんので、便宜用紙に記入したもの)を添付してください。
- 資格取得後1年に満たない被保険者から傷病手当金の請求については、支給可否のための調査を行います。

記入上のポイント

- ・被保険者記入欄の「療養のために休んだ期間(請求期間)」と、療養を担当した医師の意見欄の「労務不能と認めた期間」と、事業主証明欄の「労務に服さなかった期間」が、相違ないことを確認してください。
- ・被保険者記入欄の「報酬を受けた(今後受ける)期間」と、事業主証明欄の「報酬の支払期間と金額」が、記載漏れがないことを確認してください。

(事業主証明欄)

- ・労務に服さなかった期間の「出勤状況」を必ず表示してください。
- ・「出勤状況」や「報酬の支払期間と金額」については、タイムカード表・勤務実績表・賃金台帳等と照合し、漏れや誤りのないように注意してください。
- ※「一部支給」は、待期期間を除いて記入してください。

(受取代理人の欄)

- ・事業主の銀行口座に振り込みを希望する場合は、事業主を受取代理人としてください。

4. 給付関係

傷病手当金 請求書 (左ページ)

健康保険 傷病手当金請求書 (第 回)

西武健康保険組合理事長 殿

おおむね一か月を単位で請求してください。

請求回数を記入

No.

被保険者証の 記号と番号	記号	100	氏名	(フリガナ) セイブ タロウ 西武 太郎	
	番号	12345	生年月日	昭和・平成 元 年 10 月 15 日	
被保険者の 住所 電話番号	(〒〇〇〇-〇〇〇〇)		(Tel 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇) ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください		
事業所名 (会社名)	〇〇〇〇株式会社		所属	〇〇部	
資格取得日	昭和/平成 令和	平成 22 年 4 月 1 日	あなたの 仕事の内容 (具体的に)	駅係員	
傷病名	急性虫垂炎		発病または 負傷年月日	平成/令和 6 年 4 月 1 日	
傷病の原因に ついて	1. 病気 ⇒ [不明]				
	2. ケガ ⇒ [] ※第1回請求時に負傷届を添付				
今回の請求期間の 傷病の状態	症状 : 4/1朝、激しい腹痛・吐き気があり受診したところ急性虫垂炎の診断となりそのまま入院。 医師からの 指示等 : 退院後は、激しい運動等は避け、自宅にて安静にするように指示を受けた。				
療養のために休んだ期間 (請求期間)	令和 6 年 4 月 1 日 から 21 日間 令和 6 年 4 月 21 日 まで				
上記の期間に会社から報酬を受けましたか、又は今後 受けられますか(有給休暇、交通費等が該当します)	はい・いいえ				
障害厚生年金または 障害手当金を 受給していますか	はい ⇒	障害厚生年金 障害手当金	「はい」または「請求中」の場合		
	いいえ・請求中		基礎年金番号	傷病名 支給開始年月日	
振込先 口座	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号(右詰めで記入)	口座名義
	〇〇〇 銀行 信用金庫 信用組合 農協	〇〇〇〇 本店 支店 出張所	1 普通 2 当座	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	(カタカナ) セイブ タロウ
	ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号		口座名義 (カタカナ)
		1	0		1

※事業主の銀行口座に振り込みを希望する場合

被保険者(請求者)の口座に振り込みを希望される場合は、記入しないでください。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任いたします。	
	事業主名 (口座名義人)	被保険者(請求者) 氏名 西武 太郎
	受取代理人 氏名	〇〇〇〇株式会社 〇〇 〇〇
	上記の給付金について確かに受け取りました。	令和 6 年 6 月 24 日
	事業主名 (口座名義人)	受取代理人 氏名 〇〇〇〇株式会社 〇〇 〇〇

書類の提出方法 : ①本人記入後医師の証明を受ける → ②各社人事担当へ提出 → ③健康保険組合

注 意 事 項 : 給与の支払い有無の事業主証明が必要になるため、給与の締切に合わせ1ヶ月毎に請求してください。

消せるボールペン、修正テープは使用できません。訂正する場合は、二重線で抹消し、訂正印を押してください。

4. 給付関係

傷病手当金 請求書 (右ページ)

療養を担当した医師の意見欄	患者氏名	西武 太郎		
	傷病名	急性虫垂炎		
	発病または負傷の原因	不明		
	発病または負傷の年月日	平成(令和) 6年 4月 1日	療養の給付開始年月日(初診日)	平成(令和) 6年 4月 1日
	労務不能と認めた期間	令和 6年 4月 1日から 令和 6年 4月 21日まで (21日間) ※うち診療実日数 (8日間)		
	上記期間中の入院期間	令和 6年 4月 1日から 令和 6年 4月 7日まで (7日間)		
	傷病の主状態及び経過概要	令和6年4月1日に腹痛・吐き気を訴え当院初診。 諸検査施行し、急性虫垂炎を認め同日入院。		
	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	同4月1日腹腔鏡下虫垂切除術施行、術後経過良好のため4月7日退院となった。 退院後も2週間程度の自宅安静を要したため労務は不能であった。 就労の見込みについて (治癒) イ、 月 日頃から就労可能見込み ウ、現時点では不明)		
	上記のとおり相違ありません。 医療機関の名称 ○○○○○○病院 医療機関の所在地 ○○県○○市○○町○○番地○○ 医師の氏名 ○○ ○○	令和 6年 4月 25日 ※労務不能と認めた期間以降に証明してください。		

※空欄がないようにご記入ください。
※請求期間に診療実績がない場合は、支給対象外になることもあります。

事業主証明欄	労務に服さなかった期間	令和 6年 4月 1日 ~ 令和 6年 4月 21日																															
	出勤状況	出勤○ 有給休暇△ 公休● 欠勤× 事業主支給●でそれぞれ表示してください。																															
		令和 6年 4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
		令和 年月																															
上記期間中の報酬の支払期間と金額	全部支給(有給・事業主支給等)	令和 6年 4月 1日 ~ 令和 6年 4月 5日 5日間																															
	一部支給	令和 年月 日 ~ 令和 年月 日 日間 金 円																															
傷病手当金の請求実日数	16日間(待期待期間、有給休暇等除く)																																
上記のとおり相違ないことを証明いたします。 事業所の名称 ○○○株式会社 事業所の所在地 ○○県○○市○○町○○番地○○ 事業主の氏名 ○○ ○○																																	

押印欄	事業所	所	所属
	印 印 印		印 印 印

健康保険組合記入欄	傷病手当金	期間	日数	×	標準報酬日額の2/3	A														円
	受付年月日																			
	標準報酬日額	(,000 ×) + (,000 ×) + (,000 ×) = ,000 (,000) ÷ 12ヶ月 ÷ 30日 ≒ ,000円																		
	待期待期間(第1回)	/ ~ /																		
	支給開始日	令和 年 月 日																		
支給満了日	令和 年 月 日																			
備考																				

K05-202404