

傷病手当金について

傷病手当金とは

被保険者が、業務災害以外の病気又は負傷のため労務につくことができず、この間事業主から報酬（給与）を受けることができない場合に、被保険者の生活の安定を図るため傷病手当金が支給されます。

支給要件

次の要件をすべて満たしていること。

- (1) 業務災害以外の病気や負傷のため、療養中であること。
- (2) 仕事に就けないこと（労務不能であること）。
- (3) 連続する3日間を含み、4日以上労務に服せなかったこと。
- (4) 報酬（給与）の支払いがないこと。

支給日額

休業1日につき、標準報酬日額^{*}の3分の2相当額（1円未満四捨五入）。

※標準報酬日額＝標準報酬月額÷30日（10円未満四捨五入）

必要書類

支給申請書に、次の必要書類を添付のうえ提出してください。

- (1) 申請者が添付する必要書類
 - ① 回答書（毎回）
 - ② 同意書（初回のみ）
 - ③ 障害厚生年金を受給している場合は年金証書（両面）の写し
 - ④ 老齢厚生年金を受給している場合は年金証書（両面）の写し
 - ⑤ 失業保険を受給又は申請している場合は雇用保険受給資格者証（両面）の写し
- (2) 事業主が添付する必要書類
 - ① 勤務時間実績表
申請期間中がすべて含まれ、かつ、勤怠締め後に出力したもの
 - ② 診断書の写し
就業規則に則り休業時に提出されたもの
 - ③ 給与明細票の写し
申請期間中に報酬（給与）が支払われている場合

申請書の提出先

支給申請書は、概ね1か月ごとに下記まで提出してください。

区分	提出先
在職者	事業所の人事（総務）担当部署
退職者・任意継続被保険者	ヤマトグループ健康保険組合

支給日及び支給方法

健康保険組合で審査のうえ支給が決定した場合、下記の要領で支給します。
なお、支給審査には概ね2～2か月を要します。

区分	支給日	支給方法
在職者	給与支給日	給与振込口座へ振込
任意継続被保険者	月末	任意継続時に指定した銀行口座へ振込
退職者 (ヤマト運輸に勤務されていた方)	月末	申請書に記載した銀行口座へ振込
退職者 (関連会社に勤務されていた方)	勤務されていた会社にお尋ねください	

注意事項

- (1) 申請書への記入モレや押印モレがある場合は、申請書は受理しません。
- (2) 保険給付を受ける権利は2年を経過すると時効により消滅します。
時効の起算日は、労務不能であった日ごとにその翌日です。
- (3) 傷病手当金は給与に代わるものですので概ね1か月を単位として申請してください。

健康 保 険 組 合 記 入 欄	受 付	常務	事務長	管理M	給付M	担当者	特記事項			
	資 格 取 得 日	昭平令	年	月	日	資 格 喪 失 日	平令 年 月 日			
	支 給 開 始 日	平令	年	月	日	支 給 満 了 日	平令 年 月 日			
	請 求 ・ 待 機 期 間	平令	年	月	日	～ 平令	年	月	日	・ 待 機 期 間 / - /
	支 給 期 間	平令	年	月	日	～ 平令	年	月	日	(日間)
	支 給 決 議 金 額	法定給付	(支給日額	円)				円		
		報酬調整減額						円		
		障害厚生年金調整減額	(支給日額	円)				円		
		支給金額						円		

(ヤマト運輸社員用) 健康保険 傷病手当金支給申請書 [第 回目]

被 保 険 者 記 入 欄	①記入日	令和	年	月	日	②事業所名						
	③記号	11	④番号		⑤氏名		印					
	⑥生年月日	昭和・平成	年	月	日	(歳)	⑦連絡先電話番号					
	⑧傷病名			⑨発病又は負傷の年月日			⑩診療開始日					
	1.			平・令			年 月 日					
	2.			平・令			年 月 日					
	3.			平・令			年 月 日					
	⑪傷病手当金の申請期間 (療養のため休んだ期間)			平令			年 月 日から					
				平令			年 月 日まで					
	⑫発病又は負傷時の状況			日時：平・令					年 月 日 午前・午後		時 分 (頃)	
	※負傷(けが)の場合は負傷時の状況を詳細に記入すること。			場所： 状況：								
				通勤途中(行き帰り)の負傷ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
				工作中的の負傷ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
				第三者行為による負傷ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
				交通事故による負傷ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
⑬障害厚生年金・障害手当金を受給していますか			<input type="checkbox"/> はい (傷病名：)									
※受給中の場合は証書(両面)のコピーを添付すること。			<input type="checkbox"/> いいえ									
			<input type="checkbox"/> 受給申請中(受給申請日：平令									
⑭委任状			この請求に係る給付金の受領を事業主に委任します。									
※退職者も必ず署名押印すること。			被保険者氏名									
			印									
⑮退職者振込先口座			銀行名			支店名			口座番号			
			口座名義(フリガナ)									
			(漢字)									

傷病手当金支給申請書（2枚目）

療 養 を 担 当 し た 医 師 の 記 入 欄	被保険者（患者）氏名		（男・女）（ 歳）										
	傷病名		発病又は負傷の年月日		診療開始日								
	1.		平・令	年	月	日	平・令	年	月	日			
	2.		平・令	年	月	日	平・令	年	月	日			
	3.		平・令	年	月	日	平・令	年	月	日			
	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						
	労務不能と認めた期間中の診療実日数		日										
	労務不能と認めた期間中の外来診療日		/ , / , / , / , / , / , / , /										
	労務不能と認めた期間中の入院期間		令和	年	月	日	～	令和	年	月	日		
	労務不能と認めた期間中の主たる症状および経過												
	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												
	『障害厚生年金』の受給申請用の診断書作成について（作成した場合のみ）		診断書の作成日		令和		年	月	日				
			診断書の傷病名										
上記のとおり相違ありません。（所在地及び名称は手書き不可です。必ずゴム印等を押印願います。）													
医療機関										令和	年	月	日
所在地：													
名 称：													
医師名：										Ⓜ	電話番号：		

事 業 主 の 記 入 欄	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																											
	勤務状況（出勤は○、有給は△で表示）								出勤日数	有給日数																								
	月度	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	日
	月度	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	日
	月度	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	日
	上記期間中に報酬を支給した（する）場合					日額		円	日数		日	金額		円																				
	出産の場合 出産予定日		令和	年	月	日	出産の場合 分娩日		令和	年	月	日																						
	上記のとおり相違ありません。																																	
	事業主										令和	年	月	日																				
所在地：東京都中央区銀座2丁目16番10号																																		
名 称：ヤマト運輸株式会社																																		
氏 名：事業主代理人 人事戦略部長 小祝 珠樹													Ⓜ	電話番号：03-3541-3411																				