

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。

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： ⑩ 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		年 月 日		出産の場合 分娩日		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 ⑩ 電話番号：03-3541-3411													