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 受 付 常務 事務長 管理M 給付M 担当者 特記事項 康 保 資格取得日 年 月 資格喪失日 年 月 昭平令 日 平令 日 険 年 支給満了日 支給開始日 月 日 쉚 年 月 平令 日 請求・待機期間 年 年 月 日•待機期間 平令 月 日 ~ 平令 組 支 給 期 年 月 月 間 平令 日~平令 年 日 (日間) 合 法定給付 (支給日額 円) 円 記 報酬調整減額 Щ 支給決議金額 入 障害厚生年金調整減額(支給日額 円) 円 欄 円 支給金額 健康保険 傷病手当金支給申請書〔第 回目] (ヤマト運輸社員用) 被 ①記入日 令和 年 月 日 ②事業所名 11 (EII) ③記号 ④番号 ⑤氏名 昭和•平成 年 月 歳) ⑦連絡先電話番号 ⑥生年月日 日 (⑧傷病名 9発病又は負傷の年月日 ⑩診療開始日 保 年 年 月 月 日 1. 平•令 日 平:令 2. 年 月 年 月 平•令 日 平,令 \exists 平•令 年 月 平•令 年 月 日 ⑪傷病手当金の申請期間 쉚 日から 年 月 険 日間 (療養のため休んだ期間) 쉚 年 月 日まで ⑩発病又は負傷時 日時: 平·令 年 月 日 午前·午後 時 分(頃) の状況 場所: 状況: ※負傷(けが)の場合は 者 負傷時の状況を詳細に 記入すること。 □はい □いいえ 通勤途中(行き帰り)の負傷ですか ※「はい」にチェックがある場 仕事中の負傷ですか □はい □いいえ 合、事業所の担当者の方は申請 の可否について健康保険組合 第三者行為による負傷ですか □はい □いいえ までお問い合わせください。 交通事故による負傷ですか □はい □いいえ 記 (傷病名:) ⑬障害厚生年金・障害手当金を受給して│□はい いますか □いいえ ※受給中の場合は証書(両面)のコピーを添付する 年 □受給申請中(受給申請日:翎 月 日) こと。 この請求に係る給付金の受領を事業主に委任します。 入 ※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 銀行名 支店名 口座番号 振込先口座 口座名義 (フリガナ) 欄 (漢字)

傷病手当金支給申請書(2枚目)

療	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							
養	1.	平·令	年	月	日	平•令	年	月	田
ایدا	2.	平・令	年	月	日	平•令	年	月	日
を	3.	平・令	年	月	日	平•令	年	月	日
担担	労務不能と認めた期間	令和	年	月	日7	から		日間	
		令和	年	月	日音	まで			H 11-1
当	労務不能と認めた期間中の診療実日数								
	労務不能と認めた期間中の外来診療日 / , / , / , / , / , / , / , /								′
しし	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	田
	労務不能と認めた期間中の主たる症状								
た	および経過								
医	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								
師	『障害厚生年金』の受給申請用の診断書	診胀 聿	の作成日			п	 年	 月	日
	作成について(作成した場合のみ)				TJ 17	Н	''	刀	Н
の	11,7,1		の傷病名						
記し	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	丁です。必つ	ずゴム印	等を押印]願います。)		
一品	医療機関				令和	1	年	月	日
入	所在地:						,		·
	名 称:								
欄	医師名:			EID	電話	番号	•		

事	労務に服さなかった期間			令和	年	月	日から			日間
				令和	年	月	日まで	3		口用
386	勤務状況(出勤は○、有給は△で表示)						出勤日数	有給日数		
業	月度	16 17 18 19 2	0 21 22 23 24 25 26	27 28 29 30	31 1 2 3 4	5 6 7 8 9 1	0 11 12 13	14 15	日	日
	月度	16 17 18 19 2	0 21 22 23 24 25 26	27 28 29 30	31 1 2 3 4	5 6 7 8 9 1	0 11 12 13	14 15	日	日
主	月度	16 17 18 19 2	0 21 22 23 24 25 26	27 28 29 30	31 1 2 3 4	5 6 7 8 9 1	0 11 12 13	14 15	Ħ	日
	上記期間中	に報酬を支給	した(する)場	合	日額	F	日数	日	金額	円
記	出産の場合と	出産予定日	翎 年	月	日 出産の)場合 分娩	.日	㋿	年 月	月日
	上記のとおり相違ありません。									
入	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									
欄	氏 名:	事業主代理	人 人事戦略部	長 小祝	珠樹	(FI)	電話番号	号: 03	-3541 - 3	411