

傷病手当金を請求される方への注意事項

1. 傷病手当金とは

傷病手当金は、被保険者が業務外の病気やケガの治療のため仕事に就けず、給与が支払われないとき、以下①～④の全ての受給要件を満たしている場合、支給される生活保障としての給付です。

- ① 病気やケガで療養中である（業務上、通勤途上事故を除く）
- ② 療養のため、仕事に就けない
- ③ 連続して3日以上休んでいる（休業4日目から支給）
- ④ 給与が支給されない（支給されていてもその額が傷病手当金より少ない場合は、その差額を支給）

2. 支給される期間

同一または関連の傷病で給付を初めて受けた日から **1年6か月が限度**です。暦日で1年6か月後が限度のため、途中で具合がよくなり出勤した期間があっても、支給開始の日から1年6か月を超えた期間については支給されません。なお、第1回目の請求の場合は請求期間のうち最初の3日間は「待機期間」といって支給されませんが、医師が労務不能と認めていれば有給休暇や公休日でも待機期間は完成します。

3. 支給額と支給調整

傷病手当金の支給額は休業1日につき標準報酬日額の3分の2相当額と決められています。休業中に会社から報酬が支払われている場合（有給休暇の場合や欠勤だが交通費・家族手当金などの諸手当が一部支払われている場合）は、報酬額が傷病手当金の額が下回るときにその差額が支給されます。障害厚生年金、老齢退職年金など、他制度において生活保障給付を受けている場合も同様です。

4. 傷病手当金請求書記入時および提出時の注意点

傷病手当金は給与に代わり支給されるものです。基本的に **1か月ごとに請求** してください。継続して請求される場合は、なるべく **月初から月末までの1か月単位で医師の証明** を受けてください。また、**医師に証明を受ける場合は請求期間経過後** に受けてください。転居や治療の都合で転院する場合は、請求書を分けて作成し、それぞれの病院で通院した期間をそれぞれの医師に証明を受けてください。届出の証明欄（傷病手当金請求の事業主、医師証明欄等）を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。

傷病手当金請求書をご提出の際には、申請期間に受診した日数分の **下記の書類①～②のいずれかを添付**（申請期間に2回受診された場合には2回分の添付書類が必要です）のうえ申請が必要です。なお、医師から処方できなかった場合には「療養の状況」欄に必ず記載をお願いします。

- | | |
|-------------------------|--------------------------------|
| ①調剤明細書のコピー
②お薬手帳のコピー | どちらか1種類を申請期間の処方日数分、必ず添付してください。 |
|-------------------------|--------------------------------|

5. 内容審査および締切日、支給日と支給方法

書類到着後、支給可否について**健康保険法に基づき内容審査**（※）を実施します。この請求書は毎月15日に締切りますので、当日までに健康保険組合に届くようにご提出ください。なお、被保険者が在職中の場合、HRSSCで事業主証明欄の記載が必要なため、早めのご提出をお勧めいたします。審査結果により給付がなされる場合は支給金額などが記載された「保険給付金支給決定通知書」を送付します。給付金は給与口座に振込み、支給日は毎月末日（支払日が休日の場合はその前日）になります。

※内容審査

疾病・負傷やその症状、医療機関への受診（投薬）状況などや、過去の傷病手当金の受給状況などにより、必要に応じて被保険者、医師、事業主などに照会させていただき、支給可否について適正に判断を行います。場合により審査に時間がかかることがあります。医師の意見を参考にし、当組合が認めた場合に支給されますので、請求書を提出されても支給妥当ではないと判断した場合は支給されません。

6. 請求書の提出

在職中の方または退職後に在職期間の請求をする方

被保険者 → 医師・事業主の証明 → 健康保険組合

資格喪失後の継続給付（健康保険法第104条）に該当する方

被保険者 → 医師の証明 → 健康保険組合

7. 正しい療養（重要）

傷病手当金の支給は、疾病に対する療養の給付（医療機関での治療・投薬など）を行い、療養に専念したうえで病気やケガを治し、労働力を早期に回復することが主な目的であり、療養の給付をなすことが必要となります。

《正しい療養とは》

- ① 医師から通院の指示が出されている場合は、指示に従い受診する。
- ② 医師が薬による治療が必要とし処方箋を交付した場合は、指示に従い調剤薬局で薬を受けとり服薬する。

注）健康保険法第99条で傷病手当金の支給額および支給期間について規定されていますが、その要旨としては疾病または負傷に対する療養の給付あるいは療養費の支給などの保険給付により労働力の早期回復を計ることをその主目的のひとつとしていることから、正当な理由もなく自己判断で受診を中断したり、処方箋が交付されているにもかかわらず服薬しないなど、**正しい療養をされていない場合は傷病手当金が支給されないことがあります。**

傷病手当金請求書（第 1 回目）

ネスレ健康保険組合 御中（人事総務本部 HRSSC Payroll経由でご提出ください）

※裏面の注意事項などをよく読んで、記入もれのないようにしてください。また、□には忘れず V を入れてください。

記入見本

私は本手当金の支給に際し貴健康保険組合が必要に応じ、関係機関に必要な情報を提示することおよび照会することに同意のうえ申請いたします。また、本書の写しも有効であることに同意します。

被保険者記入欄	被保険者氏名	山田 太郎		被保険者証 記号	1000	番号	1234	従業員番号	12345678
	生年月日	昭和 ☐ 平成 ☒ 令和 3 年 11 月 14 日							
	被保険者現住所	〒 651 - 0087 電話番号 090 (1234) 5678 兵庫県神戸市中央区御幸通7丁目1番15号						住居区分	☒ 持家 ☐ 借上 ☐ 自己賃貸 ☐ その他
	事業所名称	ネスレ日本株式会社		部課または支店名	人事総務本部 ※工場勤務の方は工場名を記入				
	保険証資格取得日	昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 ☒ 2 年 4 月 1 日		前加入健康保険組合名称	協会けんぽ兵庫支部				
	休業期間（請求期間）	令和 3 年 8 月 15 日から 令和 3 年 8 月 31 日まで 16 日間		請求日	令和 3 年 9 月 21 日				
	発症負傷の日	令和 3 年 7 月 1 日		傷病名	右大腿骨骨折				
	発症負傷の原因	自宅の2階より転落し骨折		原因区分	☒ 私傷病 ☐ 業務上 ☐ 通勤途上 ☐ 第三者行為（交通事故など）				
	療養の状況 ※具体的に記入してください。	手術後、現在はギプスによる固定を行い9月初旬よりリハビリ開始。退院の目的はまだ立たないが、主治医や理学療法士の指示に従いリハビリに励んでいる。なお、来年3月には再度の金具摘出手術の予定あり。							
	公的年金 受給状況	☐ 障害年金 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 請求中 ☐ 老齢年金 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 請求中（退職された方のみ記入）		→ 「有」の場合は、必ず「年金決定通知書」「年金額改定通知書」の写しを添付してください					

※被保険者（任意継続を除く）が退職し、給与口座以外の口座振込を希望する場合や、被保険者が死亡した場合は別途ご連絡ください。

医師意見記入欄（丁寧な字で記入をお願いします）	傷病名			発症・負傷日	令和 年 月 日
	発症・負傷の原因			診療開始日	令和 年 月 日
	労務不能 認められた期間			日間	
	傷病の経過 および経過 （治療内容など）			転記	☐ 治癒 ☐ 繰越 ☐ 中止 ☐ 転医
	労務不能 認められた 医学的根拠				
	処方箋の 提出状況				

この欄は医療機関に
記入依頼をお願いします。
※空欄がないか確認必須

上記のとおり	令和 年 月 日	医療機関名	()
		医師の氏名	—

事業主証明欄	休業した期間	欠勤日は「×」、出勤日は「○」、有給休暇は「△」、公休日は「公」と該当日に表示してください。																														
	年 月 日	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																														
	年 月 日	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																														
	（ 日間）	月																														
	上記期間	日間																														
	上記期間	日間																														
	上記期間	日間																														
	上記期間 または支	日間																														
	備考欄	事業主所在地： 事業主名称： 事業主代表者氏名：																														
	標準報酬月額	円	法定月額	円	調整月額	円	支給決定月額	円																								

この欄はHRSSCに
証明依頼をお願いします。

支給期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	支給決定額	円	常務理事	給付担当
備考欄					