

傷病手当金の請求手続きについて

1. 支給条件

下記3つの条件すべてに該当する場合に請求により支給されます。

- (1) 病気やケガ等の理由により仕事に就けず療養中である。(医師の証明が必要です)
※遅刻や早退をした場合は、休んでいないため賃金の減額があっても、支給対象となりません。
- (2) 連続する3日を含み4日以上休んだとき。(土・日・祝日を含む)
※最初の3日間は待期間となり、支給の対象外です。4日目より支給されます。
(ただし、年休、積立休暇等、有給休暇でも構いません。)
- (3) 給与の支払いがあっても、傷病手当金の額よりも少ない場合は、その差額が支給されます。

2. 支給額および支給期間

①法定開始日が令和2年7月2日以降の方

令和4年1月1日より、健康保険法改正に伴い、傷病手当金(法定給付)・傷病手当金付加金(付加給付)が変更になりました。詳細は [こちら](#) をご確認ください。また、延長傷病手当金付加金につきましては、支給期間を改訂する予定です。詳細は [こちら](#) をご確認ください。なお、支給額については、下表と同じです。

②法定開始日が令和2年7月1日以前の方

名 称	支給額	支給期間
傷病手当金 (法定給付)	1日あたりの金額 (支給開始日の属する月以前の12ヵ月間の標準報酬月額÷30)の2/3	支給開始日より1年6ヶ月 (受給中または支給要件を満たして退職した場合には退職後も支給)
傷病手当金付加金 (付加給付)	1日あたりの金額 (支給開始日の属する月以前の12ヵ月間の標準報酬月額÷30)の80%-2/3	支給開始日より1年6ヶ月 (退職後は不支給)
延長傷病手当金付加金(付加給付)	1日あたりの金額 (支給開始日の属する月以前の12ヵ月間の標準報酬月額÷30)の2/3	障害年金が支給されない場合、傷病手当金支給終了後1年6ヶ月 (退職後は不支給)

※支給開始日の属する月以前の標準報酬月額が12ヶ月に満たない場合は、直近の継続した各月の標準報酬月額の平均額÷30、あるいは支給開始日の属する年度の前年度の9月末の全被保険者の標準報酬月額の平均額÷30のいずれか少ない額になります。

3. 支給日

- 請求書が当健康保険組合に届いた日の翌月末日(休日の場合は前日)となります。
※審査のため、請求からお支払いまでに数ヶ月かかることがありますので、ご了承ください。
※会社によっては支給日が異なる場合があるため、各社人事勤労担当部門へご確認ください。

4. 注意事項

- 以前、傷病手当金を受給したことがあり、また新たに異なる病気で支給条件に該当するに至った場合、原則として傷病手当金は支給されますが、前回の疾病が起因している場合には支給されないことがあります。
- 初診日より1年6ヶ月を経過すると、障害年金の裁定請求権が発生します。傷病手当金および傷病手当金付加金の支給を受けている方がその支給事由となった病気と同一の疾病について、障害厚生年金および障害基礎年金の支給を受けられるようになった場合には、傷病手当金および傷病手当金付加金が支給調整され、延長傷病手当金付加金の受給権がなくなります。障害年金につきましては、主治医または年金事務所にご相談ください。
- 傷病手当金の支給を受けている者が、資格喪失後の継続給付受給者となり、老齢厚生年金の支給を受けられるようになった場合には、その年額の360分の1の額より傷病手当金の1日当たりの額が多いときのみ、その差額が支給されます。

- ・業務上または通勤途上の災害により会社を休んだ場合には、傷病手当金等の支給を受けることはできず、労働者災害補償保険（労災）の適用となります。まずは人事勤労担当部門に連絡してください。
- ・特例退職被保険者は資格喪失後の傷病手当金の継続給付が受けられません。
- ・時 効 労務不能であった日ごとにその翌日から2年

5. 添付書類

◆初回請求の場合

- ・別紙「傷病手当金（付加金）初回請求に伴う同意書」

◆障害年金・障害手当金受給中または、資格喪失後の継続給付受給者で老齢厚生年金を受給中の場合

- ・傷病手当金請求期間に受給している年金額がわかる「年金証書または年金通知の写し」

◆被保険者期間1年以上（任意継続期間除く）で、退職日以降も引き続き傷病手当金を請求する場合

- ・別紙「療養・日常生活状況等報告書」

6. 書類送付先

(1) 富士通㈱

社会保険関連書類の提出窓口が「人事・総務サービスセンター」になっている会社にお勤めの方

人事・総務サービスセンター 社会保険担当 宛

社内メール) 新川崎三井ビル W棟 2 5F

住 所) 〒2 1 2 - 0 0 5 8

神奈川県川崎市幸区鹿島田 1 - 1 - 2

新川崎三井ビルディング W棟 2 5F

(2) 上記以外の会社にお勤めの方

各社人事勤労担当部門 宛

(3) 退職後の期間を請求される方

〒211-0063

神奈川県川崎市中原区小杉町 3-264-3

富士通健康保険組合 適用給付レセプトグループ 宛

※健康保険法施行規則改正に伴い健保組合に届出いただく本書類への押印は不要といたします。

以 上

記入に関する注意事項

常務理事		事務局長		課長		担当者	
------	--	------	--	----	--	-----	--

事業所(会社)名				所属			電話					
健康保険証	記号	番号		退職後の請求の場合には、 在職時の事業所(会社)名、所属、記号・番号 を記入してください。								
傷病名	本人の記入欄です			発病・負傷年月日	平成・令和	年	月	日				
発病・負傷原因	1. 交通事故 2. 第三者行為(相手がいるケガ) 3. 労働災害 4. 通勤途上災害 5. その他() ※1~2に該当する場合には、申請前に健康保険組合にご連絡ください。											
疾病または負傷を療養するため休んだ期間	令和			年	月	日	～	令和	年	月	日	日間
障害厚生年金、障害手当金を受給していますか	はい ・ いいえ ・ 請求中 ※受給中の場合、《注意点》②参照のこと											
上記で「はい」と答えた場合	年金	年金額：年間	円	手当金	金額	円	支給事由	となった傷病名				
		支給開始年月	平成・令和	年	月	日	支給決定日	平成・令和	年	月	日	
上記のとおり請求いたします。ただし、給付金の受給が令和	障害年金、障害手当金を受給している場合には、 傷病手当金請求期間に受給している年金額がわかる、年金証書または年金通知の写しを添付してください。											
	氏名											

- 《注意点》①初めて請求する方は、別途「傷病手当金(付加金)請求に伴う同意書」を必ず提出ください。
 ②障害厚生年金または障害手当金を受給中、または資格喪失後の継続受給者で老齢厚生年金受給中の方
 ⇒傷病手当金請求期間に受給している年金額がわかる、年金証書または年金通知の写しも添付してください。
 ③退職日の翌日以降の期間を請求する方は、別途「療養・日常生活状況等報告書」を毎回請求書に添付ください。

押印は不要です。

労務不能の傷病名				発病・負傷原因								
療養給付開始年月日(初診日)	平成・令和	年	月	日	発病・負傷年月日	平成・令和	年	月	日			
労務不能と認めた期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	日間	診療実日数	日
傷病の上記症状および経過概要について	①上記労務不能期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等											
医師の意見欄	未来日を含む期間は受付できません。 主治医の証明日以前の過去の期間について受付可能です。											
	医師の証明欄です											
本傷病による障害年金の受給の可能性について	主症状からみた受給の可能性(有・無)理由()											
上記のとおりであることを証明する。	令和	年	月	日	住所							
	医院名											
	医師名											

《お願い》訂正した場合は、訂正箇所にも二重線を引き、訂正者の押印またはサインを記入ください。

傷病手当金 (延長) 傷病手当金付加金 請求書

常務理事		事務局長		課長		担当者	
------	--	------	--	----	--	-----	--

請求者の記入欄	事業所(会社)名		所属		電話		
	健康保険証	記号	番号	氏名			
	傷病名		発病・負傷年月日		平成・令和 年 月 日		
	発病・負傷原因		1. 交通事故 2. 第三者行為(相手がいるケガ) 3. 労働災害 4. 通勤途上災害 5. その他() ※1~2に該当する場合には、申請前に健康保険組合にご連絡ください。				
	疾病または負傷を療養するため休んだ期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間				
	障害厚生年金、障害手当金を受給していますか		はい ・ いいえ ・ 請求中 ※受給中の場合、《注意点》②参照のこと				
	上記で「はい」と答えた場合	年金	年金額：年間	円	手当金額	円	支給事由となった傷病名
			支給開始年月 平成・令和 年 月		支給決定日 平成・令和 年 月 日		
上記のとおり請求いたします。 ただし、給付金の受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日 住所 被保険者氏名							

- 《注意点》①初めて請求する方は、別途「傷病手当金(付加金)請求に伴う同意書」を必ず提出ください。
②障害厚生年金または障害手当金を受給中、または資格喪失後の継続受給者で老齢厚生年金受給中の方
⇒傷病手当金請求期間に受給している年金額がわかる、年金証書または年金通知の写しも添付してください。
③退職日の翌日以降の期間を請求する方は、別途「療養・日常生活状況等報告書」を毎回請求書に添付ください。

保険医の意見欄	労務不能の傷病名	発病・負傷原因		
	療養給付開始年月日(初診日)	平・令 年 月 日	発病・負傷年月日 平・令 年 月 日	
	労務不能と認めた期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間		診療実日数 日
	傷病の主症状および経過概要について	①上記労務不能期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等 ②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所見		
	本傷病による障害年金の受給の可能性について	主症状からみた受給の可能性(有・無)理由()		
	上記のとおりであることを証明する。 令和 年 月 日 住所 医院名 医師名			

《お願い》訂正した場合は、訂正箇所には二重線を引き、訂正者の押印またはサインを記入ください。