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

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の平均額÷30）の 2/3	傷病手当金支給開始日より通算して１年６か月分 （受給中または受給条件を満たして退職した場合、退職後も同一傷病で継続して労務不能であれば、法定給付は支給されますが、付加給付は支給されません。）
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の平均額÷30）の 80%－2/3	
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の平均額÷30）の 2/3	傷病手当金支給開始日より３年を迎える日の前日までの間で、傷病手当金支給満了日の翌日以降の期間※傷病手当金支給終了日が支給開始日より３年を超える場合、延長傷病手当金付加金の支給はありません。 （傷病手当金受給の傷病で障害厚生年金を受給している場合や、退職後は支給されません。）

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の平均額÷30）の 2/3	傷病手当金支給開始日より起算して１年６か月 （受給中または受給条件を満たして退職した場合、退職後も同一傷病で継続して労務不能であれば、法定給付は支給されますが、付加給付は支給されません。）
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の平均額÷30）の 80%－2/3	
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の平均額÷30）の 2/3	傷病手当金支給満了の翌日から１年６か月 （傷病手当金受給の傷病で障害厚生年金を受給している場合や、退職後は支給されません。）

※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にのみ、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

送付先は下記をご確認ください。
https://kenpo.jp.fujitsu.com/contact_02.html
富士通健保　送付先　検索
富士通健康保険組合 HP　＞　ホーム　＞　書類の提出先（ページ最下段右）

※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	

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				
傷				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		支給決定日　平成･令和　年　月　日			

本人の記入欄です

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。

上記のとおり請求いたします。
なお、給付金の受
令和
氏名

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。

押印は不要です。

≪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　した所見		
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（　　）		

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

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	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。
なお、給付金の受領を事業主に委任します。

令和　　年　　月　　日

被保険者　〒　　－
住所
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。