

申請前に必ずお読みください（提出は必要ありません）

【傷病手当金を申請される方へ】

1. 傷病手当金とは

健康保険法第99条に定められているとおり、被保険者が業務外の病気やケガにより、医療機関での治療や服薬などの療養を受け、そのために仕事ができず、給与等の報酬を受けられない場合に、手当金を支給する制度です。

2. 支給要件（全てを満たす必要があります）

（1）療養中であること

病気やけがの治療のため、医師の管理下で療養している状態であること

（2）労務不能であること

疾病等により、就業が困難であると医師に認められていること

（3）連続して3日以上仕事を休んでいること

労務不能の状態が継続し、待期期間として3日間の連続した休業があること

（4）給与の支払いがないこと

休業期間中に事業主から給与の支給がないこと（または給与が傷病手当金より少ない場合）

◆最初の3日間は「待期期間」となり、4日目から支給されます。

「待期期間」には公休日（土・日・祝）の他、有給休暇等の給与が全額支給されている場合も含みます。

3. 支給期間

支給開始日より**通算して1年6ヶ月**支給されます。

ただし、申請期間中に復職している期間や有給休暇を取得している日など、支給対象外の日数はこの期間に含まれません。また、中途採用の方で、直前に加入していた健康保険で同一または関連する傷病により給付を受けていた場合、その支給期間は引き継がれますのでご注意ください。

4. 傷病手当金の支給調整

休業中に会社から報酬が支払われている場合（諸手当・交通費など）は、報酬額が傷病手当金の額よりも少ない場合、その報酬額を控除した差額が支給されます。

障害厚生年金、老齢退職年金等、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。

5. 内容審査

傷病手当金の申請をされ、当組合に書類が届きますと、健康保険法第99条に基づき、内容を審査します。

内容の審査には、療養状況や医療機関等の受診歴の確認、必要に応じて請求者本人、医師（療養を担当する医師）、事業所への照会等があります。審査の結果、当組合が労務不能と判断した場合に傷病手当金は支給されますが、場合によっては一部または全部が不支給となることもあります。

医師等への照会や進捗状況により、審査に時間要する場合、支給可否の決定までお時間をいただくことがあります。

6. 支給までの流れ

（1）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。

なお、審査にかかる時間はその方によって異なるため、受付の締切日は設けておりません。

（2）審査の結果、支給決定した場合は支給期間・支給金額等が記載された「給付金のお知らせ」を

（年末などを除き）翌月第3営業日頃、事業所へ送付します。

（3）一部または全部不支給となる場合は「一部または全部不支給通知書」を（年末などを除き）翌月第3営業日頃、事業所へ送付します。

（4）支給日は毎月10日（土日祝の場合は翌営業日）です。

ただし、審査に時間要する場合がありますので、必ずしも翌月10日に支給されるとは限りません。

7. 留意事項

給付決定前に具体的な振込日や金額をお問い合わせいただいても、審査中の情報は誤情報防止のためお答えすることはできません。

傷病手当金申請にあたっての注意事項

1. 傷病手当金は給与に代わり生活を保障するためのものですので、原則として**1ヶ月ごと申請**してください。
ただし、事情によって毎月の提出が困難な場合は理由を記載ください。

2. 申請期間には待期期間を含めて記入してください。

 - ・公休日（土日祝）や有休日も待期期間に含まれます。
 - ・申請4日目から支給されます。

3. 申請期間は医師の「労務不能と認めた期間」を参考に記入してください。
本人申請期間・医師の労務不能と認めた期間が異なる場合、申請期間は医師の労務不能と判断した期間となります。
 4. 申請の時効は2年ですので2年以内に請求してください。なお、時効の起算日は労務不能であった日ごとにその翌日からとなります。

労務不能だった日	時効の起算日	時効
令和5年8月3日	令和5年8月4日	令和7年8月3日
令和5年8月4日	令和5年8月5日	令和7年8月4日
令和5年8月5日	令和5年8月6日	令和7年8月5日
・	・	・
・	・	・
・	・	・

5. 字句を訂正する場合は、誤った字句を二重線で抹消し、正しい字句を記入し、訂正印を押してください。
 6. 記入漏れや不備等がありますと、支給が遅れる原因になりますのでご注意ください。
 7. 障害厚生年金、障害手当金、老齢年金（退職者の方のみ）などを受給している場合は、傷病手当金
傷病手当金の額が多い場合にはその差額を支給しますので「年金証書」「年金決定通知書」
「年金額改定通知書」等のコピーを添付してください。

〈みほん〉

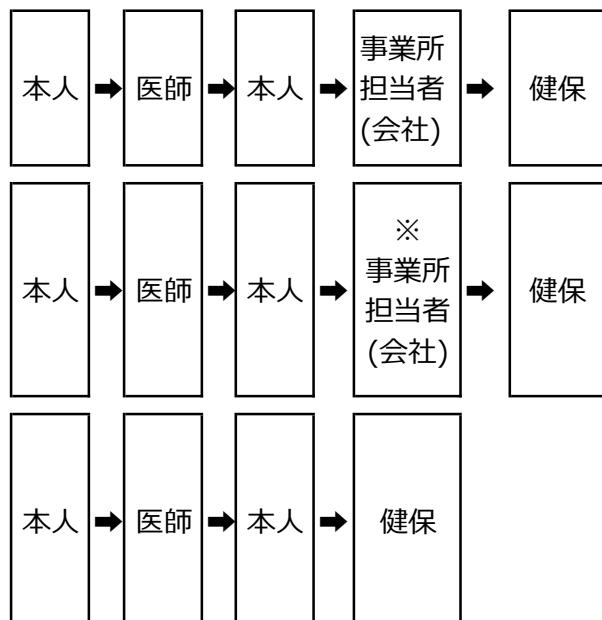
国民年金 厚生年金保険年金証書（障害）

年金振込通知書・年金額改定通知書		年金振込通知書	
国民年金・厚生年金保険 年金額改定通知書		年金振込通知書	
年金の種類		年金の種類	
基礎年金番号	年金コード	基礎年金番号	年金コード
受給者氏名		受給者氏名	
国民年金 〔基礎年金〕	基本額	円	年金額
支給停止額	年 金 額	円	支給停止額
厚生年金 保 険	基本額	円	年 金 額
支給停止額	年 金 額	円	支給停止額
合計年金額(年額)		円	合計年金額(年額)
令和3年6月1日		令和3年6月1日	
印影		印影	
厚生労働大臣		厚生労働省 審査文書室	
この通知書は、年金額を認するものです。大切に保管してください。		厚生労働省年金局事業企画課	

8. 業務上あるいは通勤途上の事故等による病気やケガは労災保険の適用となります。
詳しくは事業所、またはお近くの労働局・労働基準監督署へご相談ください。

【申請書の提出ルート】

在籍者	欠勤や休職によりお休みされた場合
退職者	退職後に申請する場合 在職中の期間を含む申請 (退職日をまたぐ or 退職日までの期間) ※勤怠実績が必要
退職者	退職後に申請する場合 退職後のみの期間を申請する場合 (退職日翌日以降)



ここまで説明と注意事項を**必ずお読みください**

(ここまで用紙は提出**不要です**)

次のページからを**印刷・ご記入後、上記の提出ルートでご提出ください**

【お問い合わせ先】
ブリヂストン健康保険組合
給付担当
電話 : 03-3280-7326
メール : madoguchi.kenpo@bridgestone.com

傷病手当金申請書

1枚目/全4枚

事業所(会社)への提出日：令和 年 月 日

本人記入(在籍者用)

該当する□に✓を入れてください

被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	印*
生年月日	S・H・R	年 月 日	連絡先 (両方)	Tel : E-mail :
被保険者住所	〒			
療養のため休んだ 期間	主治医の労務不能と認めた期間と一致していますか？ □令和 □西暦 年 月 日 から 年 月 日 まで			
仕事の内容 (具体的に)				
発病原因	□労災以外 □労災→健保へ電話またはメールでご連絡ください			
病気やケガの 状況（詳しく）	病気の場合は発病時の状況、ケガの場合は日時や行動・状況を詳しく記入			
申請期間中の 症状・過ごし方				
該当する□に✓を入れ、必要な添付書類をご確認ください				
今回の傷病での申請は初めてですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ → [前回 年 月頃]				
今回の申請は1ヶ月単位での申請ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ → 理由をご記入ください [理由 :]				
第三者行為（交通事故、他人からの暴力等）による傷病ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 健保へご連絡ください				
労災保険に申請中、もしくは今後申請予定ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 管轄労基署名[]				
BS健保に加入してから2年未満ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ → 4枚目の「前健保情報報告書」の提出は不要です <input type="checkbox"/> はい → 新卒採用ですか？ <input type="checkbox"/> はい → 4枚目の「前健保情報報告書」の提出は不要です <input type="checkbox"/> いいえ → 4枚目の「前健保情報報告書」をご提出ください				
障害厚生年金を受給していますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 傷病名[] 「はい」の場合の必須添付書類 ①国民年金 厚生年金保険年金証書（障害）のコピー (①・②両方) ②年金振込通知書・年金額改定通知書等のコピー				
障害手当金を受給していますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 傷病名[] 「はい」の場合の必須添付書類 障害手当金決定通知書のコピー またはこれに準ずる書類のコピー				

同意書

私は、健康保険法に基づく私に対する保険給付の支給可否決定に関する調査のため、ブリヂストン健康保険組合が必要とする事項（私の個人情報を含む）について、関係する官公庁、医療保険者、医療機関、事業所及び負傷に関わった団体等に対してブリヂストン健康保険組合が照会を行い、回答・提供を受けることについて同意致します。また、上記照会を行うにあたり、ブリヂストン健康保険組合が当該機関等に対して、必要な範囲内で照会に関する説明を行うことについて了承致します。後日、本件についてブリヂストン健康保険組合に対して一切の異議・請求等の申し立てを致しません。なお、本書の写しも有効と致します。

ブリヂストン健康保険組合 理事長 様

同意日 令和 年 月 日
氏名 _____ 印*

*被保険者が自筆（手書き）の場合は押印省略可

R7.12 ブリヂストン健康保険組合

傷病手当金申請書

2枚目/全4枚

医師証明（主治医）

患者氏名			
傷病名	診療開始日	令和 年 月 日	
発病または負傷の原因			
労務不能と認めた期間		うち入院期間	
令和 年 月 日から	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	令和 年 月 日まで
診療日数	日	月	►診療した日付 例：3/5、3/20（ ）
		月	►診療した日付 例：4/6、4/21（ ）
		月	►診療した日付 例：5/7、5/22（ ）
診療日数が0日の場合は、該当期間を労務不能と判断した根拠をご記入ください			
診療日が4か月以上で、記入しきれない場合はこちらに日付をご記入ください			
上記期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等詳しく 【主たる症状及び経過】			
【治療内容/検査結果/療養指導】等			
症状経過からみて、従来の職種について労務不能と判断された医学的な所見			
上記のとおり相違ありません ※ゴム印をご使用ください		証明日：令和 年 月 日	
医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名			

傷病手当金申請書

3枚目/全4枚

事業所証明（会社）

被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	
労務に服さなかつた期間	令和 年 月 日 から	勤怠表を添付して補足等あればこちらにご記入ください		
	令和 年 月 日 まで			

【労務に服さなかつた期間が連続ではない場合】原則申請書を分けてご提出いただきます。不可能な場合はこちらに期間を分けてご記入ください。

長欠発令日	令和 年 月 日		
退職日	令和 年 月 日 →最終給与日 令和 年 月 日		
復職日	令和 年 月 日		
賃金計算期間	締日 日 (勤怠把握期間 日～ 日)	支払日	<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月 日

支給した賃金の証明

【(株)ブリヂストンの場合】→賃金台帳を添付してください	賃金の内訳と備考欄の記入は不要です
【(株)ブリヂストン以外の方でPOSITIVE使用の場合】→賃金台帳を添付してください	賃金の内訳と備考欄の記入は不要です

【(株)ブリヂストン以外の方でPOSITIVEを使用していない場合】→給与明細を添付し、賃金の内訳と備考欄もご記入ください

【賃金の内訳】			【備考】 該当する□に✓を入れてください
項目	基準月額(円)	固定給・変動給 (季節的支給などあれば、空欄に記載ください)	
		固定給・変動給	<input type="checkbox"/> 時給制(____円×____h=____ /日)
		固定給・変動給	<input type="checkbox"/> 短時間勤務者
		固定給・変動給	<input type="checkbox"/> 通勤費の払い戻し有 (精算月: 月)
		固定給・変動給	<input type="checkbox"/> 通勤費の前払い有
		固定給・変動給	____月____日～____カ月分 ____円を____月____日支給

【補足があればこちらにご記入ください】

- 療養休職手当の算出方法（不就労控除の算出方法は不要）
- 誤払い精算に関する詳細
- その他連絡事項

上記のとおり相違ないことを証明する

※ゴム印をご使用ください

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

証明日：令和 年 月 日

担当 責任者

前健保情報報告書

4枚目/全4枚

本人記入

(BS健保加入2年未満の方)

【提出が必要な方】

- ・BS健保加入が2年未満の方で、今回の傷病での傷病手当金申請が初回の方
(※2回目以降は提出の必要はありません)

【提出が必要な方】

- ・今回の傷病での傷病手当金申請が2回目以降の方
- ・新卒採用でブリヂストン健康保険組合加入前に就労実績がない方

ブリヂストン健康保険組合に加入する以前2年間に加入していた健康保険組合をご記入ください。

健康保険法に基づき、過去に受給があった傷病の継続・再発等を判断したり、同一疾病での期間(1年6か月)を超えていないかを審査する目的で使用する場合があります。

被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	
----------------	----	----	------------	--

該当する□に✓を入れてください

【前健保の加入履歴】 時系列ですべてご記入ください

健康保険組合等の名称

※国民健康保険の場合は市区町村名をご記入ください

※協会けんぽの場合は支部名をご記入ください

勤務先名称（会社名）

被保険者等記号・番号 -	加入状況 <input type="checkbox"/> 被保険者（本人） <input type="checkbox"/> 被扶養者（家族として加入）
-----------------	--

加入期間

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

傷病手当金受給

あり➡[傷病名：] 受給期間：令和 年 月 日 ~ 年 月 日]

【前々健保の加入履歴】 時系列ですべてご記入ください

健康保険組合等の名称

※国民健康保険の場合は市区町村名をご記入ください

※協会けんぽの場合は支部名をご記入ください

勤務先名称（会社名）

被保険者等記号・番号 -	加入状況 <input type="checkbox"/> 被保険者（本人） <input type="checkbox"/> 被扶養者（家族として加入）
-----------------	--

加入期間

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

傷病手当金受給

あり➡[傷病名：] 受給期間：令和 年 月 日 ~ 年 月 日]