

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、審査に時間を要する場合、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。

なお、退職者の方については退職前の事業所へお送りさせていただいております。

ただし、任意継続へご加入いただいている方は、健保から直接ご自宅へ送付いたします。

（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、審査に時間を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。

待定期間			*待定期間も含めて申請する												有:有休			欠:欠勤		
3月	日	有	有	4月	欠	欠	欠	土	日	欠	欠	欠	欠	欠	土	日	欠	欠	欠	欠
	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

傷病手当金第1回目の申請期間

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は、医師の労務不能と判断した申請期間となります。
4. 申請の時効は2年ですので2年以内に申請してください。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、正しい字句と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、老齢年金などを受給している場合は、傷病手当金の額と比較し、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

国民年金・厚生年金保険年金証書										
年金の種類 老齢		支度年金番号 50101000000000000000		年金コード 00000000000000000000						
受給種別の氏名										
受給開始の年月日 昭和 29 年 5 月 1 日 老齢権を取得した年月 平成 29 年 5 月 1 日										
上記のとおり、国民年金法による年金給付・厚生年金保険法による休業給付を行なうことは決定いたしましたことを証します。										
平成 29 年 5 月 25 日										
厚生労働大臣										
										
Ⅰ 厚生年金保険 年金決定通知書										
1. 年金の種類と年金決定の根拠となった厚生年金保険法の条文 老齢										
厚生年金 厚生年金保険法 第 8 条の 2										
2. 年金額の内訳										
支給開始月		支給する年金額 (円)		かね出し金額 (円)		扶助金 (円)		支給停止額 (円)		年金額 (円)
平成 29 年 5 月				0		0		0		0
支給停止理由		支給停止期間		年 月 ~ 年 月		まで				
3. 加入期間の内訳										
加入期間		月数		厚生年金保険の加入期間の種類				月数		平均月賃額(年間平均)
①厚生年金保険加入期間		2 16 月		平成 13 年 1 月までの厚生年金保険加入期間				160 月		円
②厚生年金保険の被保険者算定期間		月		平成 13 年 2 月までの厚生年金保険加入期間				月		円
③被保険者の被保険期間		月		平成 13 年 3 月までの厚生年金保険加入期間				月		円
④被保険者休業期間		月		平成 13 年 4 月までの厚生年金保険加入期間				月		円
⑤被保険者期間		月		平成 13 年 5 月までの厚生年金保険加入期間				月		円
⑥雇用契約等による加入期間		月		平成 13 年 6 月までの厚生年金保険加入期間				月		円
みなされた期間		月		平成 13 年 7 月までの厚生年金保険加入期間				月		円
⑦年金保険料期間		月		平成 13 年 8 月までの厚生年金保険加入期間				月		円
4. 年金決定通知書等の内訳										

国民年金・厚生年金保険 年金額改定通知書		
年金の種類		年金
基礎年金番号	年金コード	
受給権者氏名		
国民年金 (基礎年金)	基 本 額 支給停止額 年 金 額	円 円 円
厚生年金 保 険	基 本 額 支給停止額 年 金 額	円 円 円
合計年金額(半額)		円

年金振込通知書						印影
以下の金額を、ご指定の銀行口座に振り込みます。 振込日(記入欄) 月 ～ 年 月 日 年 月 までの振込内口座は 「口座予定期」は振込先をご記入ください。)						
年金の割率・曜日			年金コード			
基礎年金額			年金コード			
受取権者氏名 振込先						
各支払期の支払額、年金から割り振成(控除)された額および振替年金額						
年金支払額	年	月	年金から 支払額	年	月	年金から 支払額
年金支払額	円	円	円	円	円	円
年金支払額	円	円	円	円	円	円
年金支払額	円	円	円	円	円	円
年金支払額	円	円	円	円	円	円
年金支払額	円	円	円	円	円	円
年金支払額	円	円	円	円	円	円
※ 8月以降の介護保険料の算定額は、6月と同じ額を予め記載しています。 決済額は、市区町村から送付される通知書をご確認ください。						
令和 3 年 6 月 1 日						
厚生労働省 官署文書室			厚生労働省年金局事業企画課長			

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。

9. 失業保険を受給しない方はこちらを添付ください

〈みほん〉

【失業保険を受給しない場合の添付書類】

離職票-1

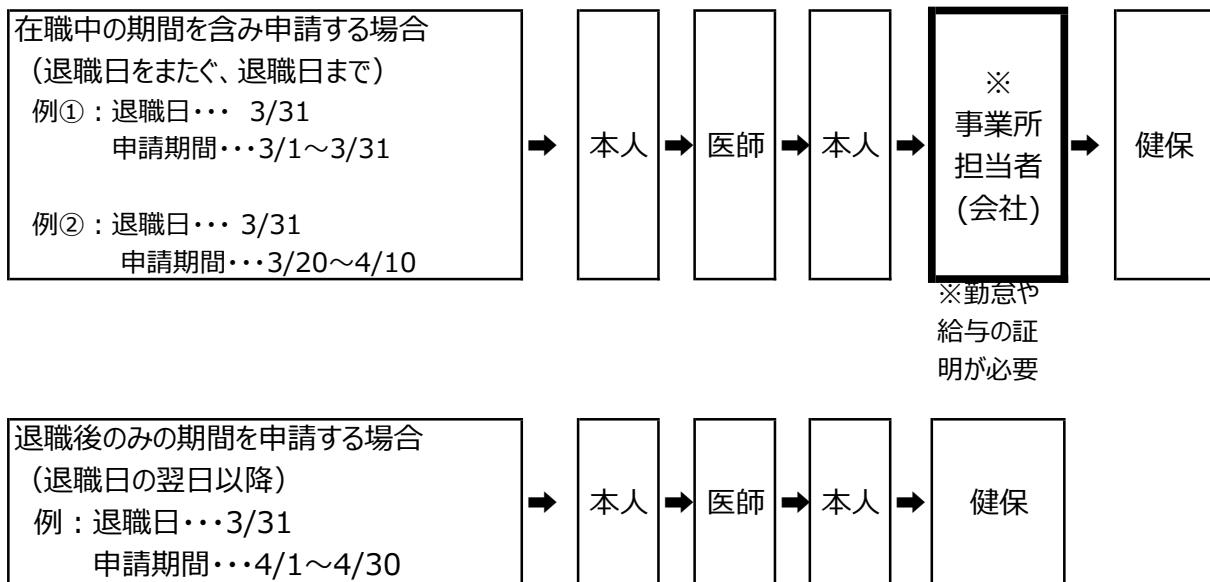
離職票 - 2

【失業保険の受給延長申請している場合の添付書類】

受給期間延長等・教育訓練給付適用対象期間・高年齢雇用継続給付延長通知書

受給期間延長等・教育訓練給付適用対象期間・高年齢雇用継続給付延長通知書			
申告者 氏名	平	出生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日 性別 男・女
		(電話)	
2 申請する延長等の種類	受給期間・教育訓練給付適用対象期間・高年齢雇用継続給付		
3 申願年月日	令和 年 月 日	4 被保険者となつた年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
5 被保険者番号			
6 支給番号			
7 受給(教育訓練給付対象)期間延長等の理由	<p>妊娠、出産、育児、疾病、負傷等により職業に就く(対象教育訓練の受講を開始する)ことができないため定年等の理由により離職し、一定期間就職の申込みをしないことを希望するため 事業を開始等したため</p> <p>具体的な理由</p> <p>疾病・負傷のため</p>		
8 確認(就く(対象教育訓練の受講を開始する)ことができない期間、申欄の中込をしないことを希望する期間又は事業を実施する期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
※ 延長等後の受給(教育訓練給付対象)期間	令和 年 月 日		
※ 延長等の期間満了日			
雇用保険法施行規則第31条第6項・第31条の3第3項・第31条の2の5第3項の規定により受給期間・高年齢雇用継続給付の次回の支給申請可能な支給対象月を、上記のとおり延長する。			
令和 年 月 日	最大3年間延長可 能なし。延長が絶対可能な旨の旨の前日まで		
管轄公共職業安定所の所在地 又は管轄地方税務署			
公共職業安定所長 地方運輸局長			
	④		

* * * 退職された方の申請書提出ルート * * *



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**3枚を印刷・ご記入後、3枚セットにして**
上記の提出ルートでご提出ください

【ブリヂストン健康保険への書類送付先】

〒106-0047

東京都港区南麻布5-1-7

ブリヂストングローバル研修センター3階

ブリヂストン健康保険組合 紹介担当

傷病手当金申請書

1枚目/全4枚

提出日：令和 年 月 日

本人記入(退職者用)

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	〒			
労務に服すことができなかった期間	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 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
退職前の仕事 内容(具体的に)				
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在籍期間中を含む申請ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (退職日以降) → 健保へ直接提出ください (退職日をまたぐ、退職日まで) 初回は事業所(会社)にこの申請書を提出してください				
今回の申請は1ヵ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[]				
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・②両方) ①国民年金 厚生年金保険年金証書(障害)のコピー 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				
老齢 年金を受給していますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 下記の書類を添付してください				
「はい」の場合の必須添付書類 (①・②両方) ①国民年金 厚生年金保険年金証書(老齢)のコピー ②年金振込通知書・年金額改定通知書等のコピー				
失業 給付の受給について <input type="checkbox"/> 受給中 → 雇用保険受給資格者証のコピー <input type="checkbox"/> 受給延長中 → 受給期間延長等・教育訓練給付適用対象期間・高年齢雇用継続 (それぞれ必須添付) 給付延長通知書のコピー <input type="checkbox"/> 受給しない → 離職票1.2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 _____ *

*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	診療日	月	→診療した日付 <例 6/3、18> ()
			月	→診療した日付 <例 7/3、19> ()
			月	→診療した日付 <例 8/3、20> ()
 診療日数が0日の場合は、該当期間が労務不能である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				
医療機関のTEL				
医師の氏名	印			

退職者用 (毎回提出)

退職後も療養・早期回復を目指されているか日々の状況から確認し、支給可否を決定するために本報告書が必要になります。

引き続き傷病手当金を請求される場合は、本報告書を毎回必ず提出してください。

なお、記入漏れや提出がない場合は支給可否判断ができません。

また、内容に相違や虚偽があった場合は、健康保険法により給付制限の対象となる可能性があります。

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	
----------------	----	----	------------	--

<医療機関での療養状況について>

通院回数・頻度

入院中➡[年 月 日～ 年 月 日] 毎日通院 週に____回通院

月に____回通院 数か月に1度通院➡[____ヶ月に____回]

未受診➡[理由 :

]

受診日の決め方

医師の指示通りに通院 自己判断で通院 処方された薬がなくなった（なくなる）ときに通院

前回受診した際の次回の受診予定日について、医師からどのような説明がありましたか？

受診と治療の内容

受診のみ 受診と処方箋 処方箋のみ その他[

]

治療の内容を具体的に記入してください

薬について

医師の指示通りに服薬した 服薬していない[理由 :]

お薬の名前をご記入ください（医師に処方された薬以外も含めてすべて）

【保険調剤説明書や薬の説明書（原本・コピーどちらも可）を添付いただくことでも構いません】

(1)	(5)
(2)	(6)
(3)	(7)
(4)	(8)

書ききれない場合[

]

現在の症状

療養を行う上での医師の指示内容

<日常生活について>

4枚目/全4枚

体調（自覚症状など）具体的に

療養を行ううえで気をつけていることを具体的に記入してください

標準的な1日のスケジュールを記入してください

0時	3時	6時	9時	12時	15時	18時	21時	24時

<就労等について>

自覚している症状の経過について

よくなっているので働けそう 少しよくなっているので働けそう 変化なし
少し悪くなっているので働けない 悪くなっているので働けない
その他➡[具体的に：
]

医師から説明された療養期間について

継続して療養が必要 症状は改善しているが、療養が必要➡[具体的な期間：
]
現時点で就労可能
その他➡[具体的に：
]

現在の就労について

仕事をしている アルバイト等の軽度な仕事をしている➡[内容：
]
仕事をしていない
仕事をする予定➡[開始時期：令和___年___月（頃）から就労予定]