

傷病手当金の支給要件等

■ 支給を受けられる条件

被保険者が病気やけがの療養のために仕事を休み、給与を受けられないなど、次の①～④のすべてを満たした場合は、被保険者からの申請にもとづき、傷病手当金が支給されます。

① 業務外の事由による病気やケガの療養のための休業であること

② 仕事に就くことができないこと

仕事に就くことができない状態の判定は、療養担当者（主治医等）の意見等を基に、被保険者の仕事の内容を考慮して判断されます。

③ 連続する3日間を含み、4日以上仕事に就けなかったこと

業務外の事由による病気やケガの療養のため仕事を休んだ日から連続して3日間（待期）の後、4日目以降も仕事に就けなかった日に対して支給されます。待期には、有給休暇、土日・祝日等の公休日も含まれるため、有休・欠勤・会社休日であったかは関係ありません。

また、就労時間中に業務外の事由で発生した病気やケガのため仕事に就くことができない状態になった場合は、その日を待期の初日とします。

★ 傷病手当金の待期の成立

例1

休み	休み	出勤	休み	休み
----	----	----	----	----

※待期が完成されていないため傷病手当金不支給

例2

休み	休み	休み	休み	休み
----	----	----	----	----

連続した3日間 支給 支給

待期完成

例3

休み	休み	休み	出勤	休み
----	----	----	----	----

連続した3日間

支給

待期完成

例4

休み	公休	公休	休み	休み
----	----	----	----	----

連続した3日間

支給

支給

待期完成

④ 給与の支払いがなかった日であること

休んだ期間について、給与がない日（有休や欠勤控除救済でない日）を対象として支給されます。

有休取得日は、傷病手当金は支給されません。（待期間である3日間は、有休取得日でも構いません。上記例2）

※任意継続被保険者である期間中に発生した病気やケガについては、傷病手当金は支給されません。

< 資格喪失後の継続給付について >

被保険者の資格を失った場合でも、資格喪失日の前日（退職日等）までに被保険者期間が継続して1年以上あり、資格喪失日の前日（退職日等）に傷病手当金を受けているか、受けられる状態（上記①～③の条件をすべて満たしている）であれば、資格喪失後も引き続き支給を受けることができます。

■ 支給期間と支給額

1. 支給期間

傷病手当金（法定期間）は支給開始日から最長で1年6ヶ月の期間（※）で、上記の支給要件を満たした期間について支給されます。

なお、村田製作所健康保険組合の被保険者の場合、傷病手当金（法定期間）に付加するものとして、最長1年の期間について延長傷病手当付加金が支給されます。

※途中、復職期間がある場合、復職で実際に傷病手当金を受給していない期間があっても1年6ヶ月で終了となります。

2. 支給額

傷病手当金（法定）の支給額は、1日につき標準報酬日額の3分の2に相当する額です。村田製作所健康保険組合の被保険者の場合、法定の支給額に付加金として標準報酬日額の10%に相当する額が加算されます。

3. 支給方法

傷病手当金は、給与支給日に合わせて給与口座に振込みします。※給与明細の健保付加金欄で金額をご確認いただけます。

退職者及び任意継続被保険者は給付金振込先口座へ振込みしますが、振込日は在職者と同様に給与支給日となります。

< 傷病手当金と他の給付との支給調整 >

① 事業主から期間中に報酬（諸手当）を受給できるときは、傷病手当金の日額から諸手当の日額相当額（1ヶ月分の手当÷30）が差し引かれて支給されます。

② 出産手当金が同時に受けられるときは、出産手当金の支給が優先し、その期間、傷病手当金は支給されません。

③ 傷病手当金の傷病と同一の傷病により、障害厚生年金または障害手当金を受けるようになったときは、障害厚生年金の額（同一支給事由の障害基礎年金が支給されるようになったときはその合計額）の360分の1がその期間の傷病手当金の日額から差し引かれて支給されます。

④ 退職後に傷病手当金の継続給付または延長傷病手当金付加金を受けていた方が、老齢（または退職）年金を受けるときは、老齢（または退職）年金の額の360分の1が、その期間の傷病手当金の日額から差し引かれて支給されます。

⑤ 労災保険から休業補償給付を受けている期間中に、業務外の事由による病気やケガのために労務不能になった場合は、健康保険の傷病手当金は支給されません。但し、傷病手当金が休業補償給付の額を上回るときは、その差額が支給されます。

提出手順

- 『被保険者記入欄』を記入する。
- 『療養を担当した医師の意見欄』に医師の証明を受ける。
- 提出する。(提出先: MMC 本社 A122 傷病手当金担当)
 (郵便の場合: 〒617-8555 京都府長岡京市東神足1-10-1 株式会社村田製作所人事部HRサービス課 傷病手当金担当)
 退職後の期間についてのみ請求する方、任意継続の方は、直接、村田製作所健康保険組合へ提出してください。

傷病手当金及び傷病手当金付加金請求書記入例

記入例 傷病手当金及び傷病手当金付加金請求書

被 保 険 者 記 入 欄	① 被保険者証 記号・番号	1 23456	所属事業所	② 岡山村田製作所	氏名コード	OM00000
	資格取得 年月日	2018年10月1日	③ 今回請求する期間	2019年3月16日から 2019年3月31日まで		
	あなたの仕事の具体的な内容について		製造オペレーター			
	発症(負傷)時の状況について教えてください		<input checked="" type="checkbox"/> 私用 (買い物に行った帰りに転倒し右肩を強打した) <input type="checkbox"/> 通勤の行き帰り <input type="checkbox"/> 仕事中()			
	発症(負傷)した日時		2019年3月16日(木曜日) 午前・(午後) 6時頃			
	④ 負傷の場合、原因が次にあてはまりますか?		<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 動物による負傷 <input checked="" type="checkbox"/> あてはまらない 上記にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者、加害者ですか? <input type="checkbox"/> わたしは被害者 <input type="checkbox"/> わたしは加害者			
	⑤ 今回請求する期間中に、労災保険から休業補償給付金を受けていますか?		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 労災申請中 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか? (※障害基礎年金は除く) <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 上記で「はい」または「請求中」と回答された方は、以下の質問に回答してください			
	どちらを受給していますか?		<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 受給の要因となった(なる)傷病名を記入してください			
	基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額を記入してください ※「請求中」と回答された方は、基礎年金番号のみ記入してください		基礎年金番号	年金コード	支給開始年月日	年金額
	健康保険の資格喪失(退職)後の期間について請求する方は、以下の質問に回答してください 健康保険の資格喪失後、老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 基礎年金番号 年金コード 支給開始年月日 年金額 年 月 日 円			

- ① 保険証の上部に表示された記号・番号を記入してください。
- ② 所属している事業所名を記入してください。
- ③ 療養のために休み、今回請求する期間とその日数(会社休日・有休を含む)を記入してください。
原則、毎月1日～末日でご請求いただくようお願いします。
- ④ 負傷の原因が交通事故、喧嘩等の相手がいる場合、『第三者行為による傷病届』を提出してください。
- ⑤ 労災保険から休業補償給付を受けている方は、『休業補償給付支給決定通知書』のコピーを添付してください。
- ⑥ 障害厚生年金を受けている方は、障害厚生年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類のコピー及び障害厚生年金給付の額、支給開始年月を証明する書類及び障害厚生年金の直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)のコピーを添付してください。
- ⑦ 老齢または退職を事由とする公的年金を受けている方は、老齢・退職年金の年金証書またはこれに準ずる書類のコピー及び老齢・退職年金の額、支給開始年月を証明する書類及び老齢・退職年金の直近額を証明する書類(年金改定通知書等)のコピーを添付してください。
- ⑧ 申請年月日を記入し、請求者に被保険者の住所・氏名等を記入してください。(被保険者が亡くなられて、ご遺族が請求する場合は、請求する方(法定相続人)の住所、氏名を記入してください。※「(除籍)戸籍謄本」必須)

療 養 を 担 当 し た 医 師 の 意 見 欄	患者氏名	健康 花子		
	A 傷病名 (主傷病に○)	(1) 傷病名	頰骨骨折	B 初診開始日 (初診日)
		(2) 傷病名		
	発病または 負傷の年月日	(1)	2019年3月16日	発病または 負傷の原因
		(2)	年 月 日	
	C 労務不能と 認められた期間		2019年3月16日 から 2019年3月31日 まで	
	入院期間		年 月 日 から 年 月 日 まで	
	療養費用の別		(健康) (実費) (公費) (その他) (転送) (治療) (療養) (中止) (転送)	
	上記期間 の療養費 日数	3 日	3月 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	
	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」等について 転倒による強打により頰骨を骨折。2019年3月16日初診。頰骨バンドで頰骨を固定。 固定するまで安静を要し、固定後はリハビリが必要。			
D 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医学的所見		手術年月日 年 月 日		
骨折した箇所が固定するまで安静が必要で、固定後もリハビリが必要だったため、 労務不能と判断した。				

- A 複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次記入してください。
- B 左の傷病について、その傷病の初診日を記入してください。
- C 治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数を記入してください。
※初診日以降かつ証明日以前の日を記入してください。
※原則として末日締めで証明をお願いします。
- D 症状及び経過、労務不能と認められた医学的所見を記入してください。