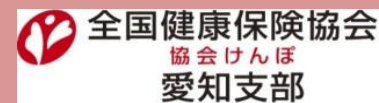


● 傷病手当金について学ぶ ●



傷病手当金・基礎研修

令和3年6月作成

「本日のテーマ」 病気やケガで社員が休む！そんなときに必要な手続きは？	
傷病手当金について P2～3	傷病手当金こんなときは P15～19
申請方法 P4～8	限度額証 P20～25
よくあるQ&A P9	負傷原因届 P26
申請書記入のポイント P10～11	第三者行為届 P27
支給額の計算方法 P12～14	覚えておきたい退職時の手続き P28

病気やケガで社員が休む！そんなときにできるお手続き

休業補償給付

しょうびょうてあてきん

傷病手当金

2ページ

入院する前にこれを準備！

げんどがくしょう

限度額証

(限度額適用認定証)

20ページ

ケガの給付金申請には

ふしょうげんいんとどけ

負傷原因届

26ページ

交通事故などのトラブルには

だいさんしゃこういとどけ

第三者行為届

(第三者等の行為による傷病届)

27ページ

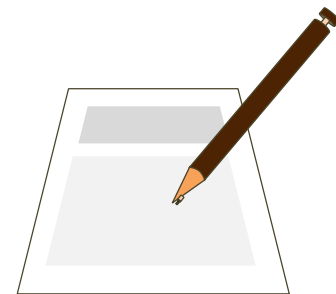
覚えておきたい退職時の手続き

にんいけいぞく

任意継続

28ページ

傷病手当金について実務に役立つ内容のほか、知っておくと便利な情報をお伝えします。



仕事を休んだときの補償、傷病手当金



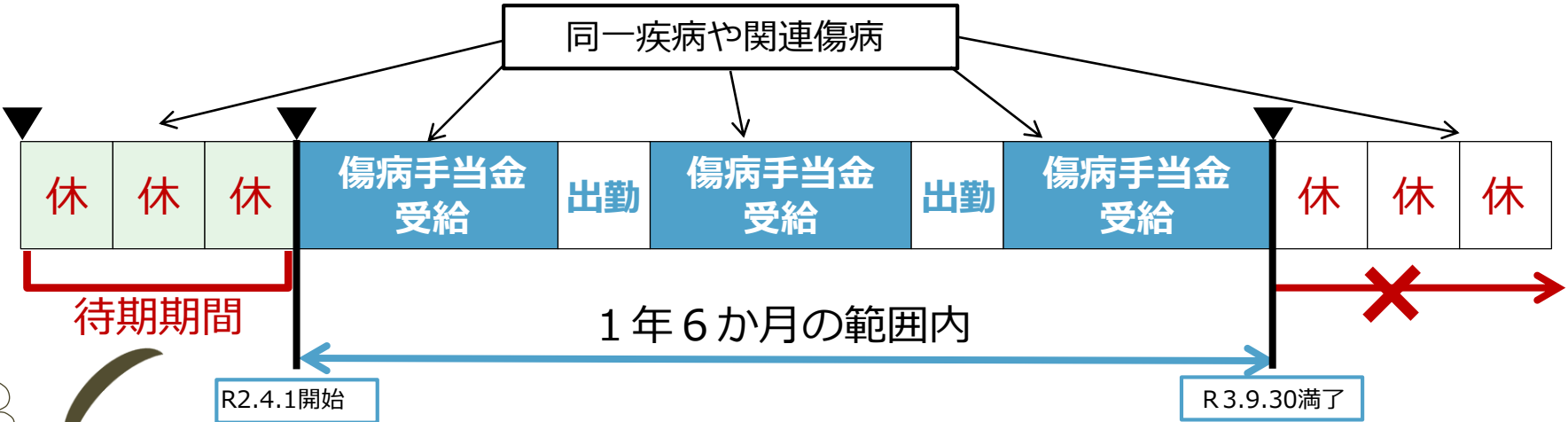
◆支給期間は、支給を開始した日から**1年6か月**の期間です。支給条件は以下の4つ。

支給条件

- ① 病気やケガで療養中である
- ② 仕事に就けない（労務不能）
- ③ 4日以上仕事を休んでいる
- ④ 給料の一部または全部が支払われない

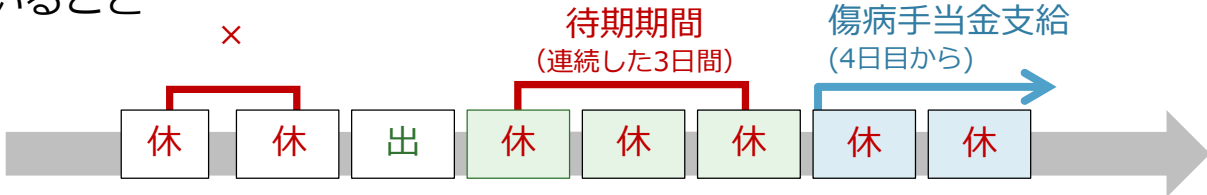
支給開始から1年6か月とは

支給を開始した日以降、途中に出勤した日があっても、**支給を開始した日から起算**して1年6か月の期間となります。



初めの3日間は連続して休んでいること

待期期間となり支給されません



傷病手当金について

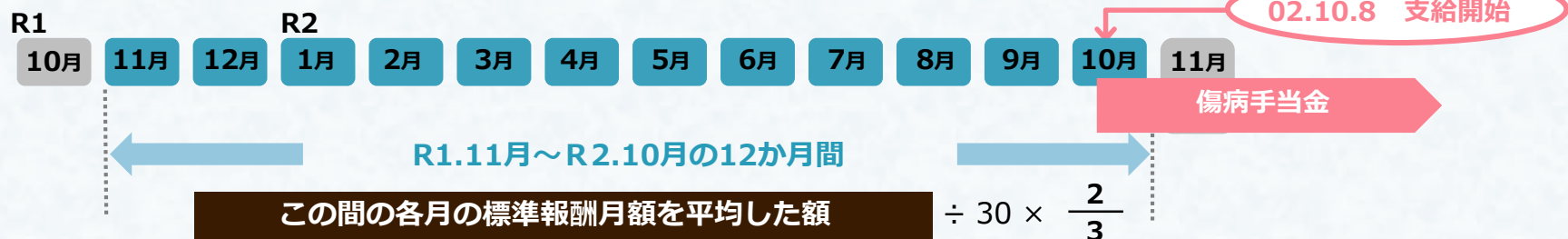
支給金額は、お給料のおおむね3分の2

◆休業1日につき次の金額が支給されます

$$\text{1日あたりの支給金額} = \left(\text{支給開始日以前の継続した12か月間の各月の標準報酬月額を平均した額} \right) \div 30 \times \frac{2}{3}$$

(10円未満四捨五入) (1円未満四捨五入)

例 令和2年10月8日支給開始の場合



支給開始日以前の被保険者期間が12か月に満たない場合

次のA、Bを比べて
いずれか低い金額で算定

A : 資格取得月から支給開始月までの各月の標準報酬月額を平均した額

B : 30万円 (前年度9月30日における全被保険者の標準報酬月額を平均した額)

下記のいずれかの場合、支給額が一部または全部調整されます

- ① 手当などを含め、一部でも給与が支給されている
- ② 傷病手当金と同じ病気などで厚生年金保険の障害厚生年金または障害手当金が受けられる
- ③ 退職後に老齢年金などが受けられる
- ④ 労災保険から休業補償給付が受けられる
- ⑤ 傷病手当金の申請期間中に出産手当金が支給されている

傷病手当金の申請方法

申請書

健康保険

傷病手当金支給申請書

10営業日でお支払い

どんなとき

病気やケガで仕事を休んだとき

添付書類

支給開始日以前の12か月以内で事業所に変更があった方

以前に勤めていた事業所の名称、所在地及び事業所に在籍していた期間がわかる書類

障害厚生年金を受給している方

or

退職後の請求で老齢年金を受給している方

年金証書のコピーおよび年金額改定通知書のコピー

ケガの場合

負傷原因届 P26を参照

※必要に応じて上記以外の書類をご提出いただく場合がございます

※添付書類はA4（片面）での提出にご協力をお願いします

申請期限

労務不能であった日ごとにその翌日から**2年以内**

≪例≫R2.10.8の分（R2.10.9から2年以内）⇒R4.10.8まで

ご注意ください

申請期間にかかる**給与が確定（給与締め日）後の申請**

給与の支払状況について事業主の証明が必要となります。

継続して申請する場合はできるだけ給与の締め単位で申請してください。

申請書の下部に**マイナンバーを記入した場合**は、「本人確認書類」と「番号確認書類」（マイナンバーカードの写し等）が必要です。

申請書は全部で4ページあります

◆本人・事業主・医師が書く欄があります

1ページ、2ページ
被保険者記入用

3ページ
事業主記入用

4ページ
療養担当者(医師)記入用

どんな順番で
書けばいいの？



とくに決まりはありません。

一概には言えませんが、本人の申請期間に対応した
給与締切日がまだ済んでいない場合もあるため、

本人 ▶ 医師 ▶ 事業主と記入するケースが多いようです。

未記入や記入間違いは振込みが遅れる原因に！

書類をお返しするため振込みが遅れてしまいます。そこで、ご注意いただきたいポイントをご紹介します。

1ページ 被保険者記入用

間違い NO.1 振込先口座

通帳を見るのが
イチバン！

口座の記入間違いで **年間**
振込できなかった件数 **約1,000件**

注意

ゆうちょ
銀行

支店名は二一三支店など
漢数字3文字
〇〇郵便局ではありません

よくある間違い 保険証の記号

記号は01230010ではありません
社内のみなさまで共通の数字

保険証の上部に
記載されています

2ページ 被保険者記入用

記入誤りが多数 申請期間

例えば
10/2～10/15まで休んだ場合

療養のため休んだ期間(申請期間)は
待期期間も**含めて**記入します。

4 療養のため休んだ期間(申請期間)

2	1.平成	02	10	02	日から	
2	2.令和	02	10	15	日まで	14 日

記入漏れが多数 傷病名と仕事内容

必ず記入が必要な項目です。

① 傷病名 1つの記入欄に複数の傷病名を記入しないでください。	1)	
	2)	
	3)	
⑤ あなたの仕事の内容(具体的に) (退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)		

支給条件①・②を確認するための医師の意見記入欄

◆条件の復習： ①病気やケガで療養中である ②仕事に就けない（労務不能）

健康保険 傷病手当金 支給申請書

療養担当者記入用

4ページ
療養担当者(医師)記入用

患者氏名			
傷病名	(1)	初診日 (療養の給付 開始年月日)	(1) <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	(2)	(2) <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	(3)	(3) <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
発病または 負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または 負傷の原因
労務不能と 認められた期間	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	から <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 まで <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	日間
うち入院期間	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	から <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 まで <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	日間入院
診療 実日数 (入院期間 を含む)	<input type="text"/> 日	診療日及び入 院していた日 を○で囲んで ください。	
上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)		年 月 日	
手術年月日 <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		転院年月日 <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
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な所見			
人工透析を実施 または人工臓器 を装着したとき	人工透析の実施または人工臓器を装着した日 年 月 日	人工臓器等 の種類	<input type="checkbox"/> 人工虹膜 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨髄 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他()
上記のとおり相違ありません。			
医療機関の所在地	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	医療機関の所在地・名称の記入	
医療機関の名称		担当医師の記名があるか	
医師の氏名			

- ① 病気やけがで療養中か
「傷病名」
- ② 仕事に就けない（労務不能）状態か
 - ・ 「労務不能と認めた期間」
 - ・ 「上記の期間における①症状、治療内容等、
②労務不能と認めた医学的な所見」

ポイント！

労務不能と認められた期間
労務不能と認められた期間の日数に誤りが多い

ポイント！

複数の医療機関にかかったとき
転院等をして複数の医療機関にかかった場合は、
それぞれの医療機関で意見を受けてください。

ポイント！

証明日
労務不能と認められた期間経過後であること
医療機関の所在地・名称の記入
担当医師の記名があるか

支給条件③・④を確認するための事業主証明欄

◆条件の復習：③4日以上仕事を休んでいる ④給料の一部または全部が支払われない

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4
事業主記入用

3 ページ
事業主記入用

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名		勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。															出勤		有給		
1.平成	2.令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日	日
				16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日	日
				16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他		賃金計算		締日		支払日		1.当月 2.翌月		日					
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。																					
区分	期間	単価		月 日				月 日				月 日									
				月	日	月	日	月	日	月	日	月	日								
		支給額		支給額				支給額													
基本給																					
通勤手当																					
手当																					
手当																					
手当																					
病物給与																					
計																					
賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。																					
上記のとおり相違ないことを証明します。																					
事業所所在地		事業所名称		事業主氏名		担当者氏名		年 月 日		1.平成 2.令和											

③ 4日以上休んでいるか
(連続して3日以上)

④ 給料の一部または全部が支払われていないか



欠勤控除されていない賃金がある場合は
傷病手当金の支給額が
一部または全部調整されます

ポイント!

証明日
締日以降であること

事業所の所在地・名称の記入
代表者の氏名の記入があるか

こういうときは？よくあるQ&A

Q1 傷病手当金を過去（H31.4.1～R2.3.31）に受給していました。1年後（R3.4.1～）、また同じ病気で休職することになりましたが、傷病手当金は受給できますか。

A 傷病手当金の受給が終了した令和2年3月31日以後、その病気が前回受給時から継続されていたと判断された場合は、前回受給し始めた平成31年4月1日から起算して1年6か月（R2.9.30まで）が支給対象となるため受給できません。ただし、一旦治癒したと判断された場合には、令和3年4月1日から改めて1年6か月の範囲内で受給できます。

Q2 現在、令和3年3月31日まで傷病手当金を受給しています。令和3年4月10日に病院を転院しました。転院先の病院では転院先での初診日（R3.4.10）からの意見書しかもらえませんでした。意見書がもらえなかった令和3年4月1日から4月9日までの期間は傷病手当金は受給できるのでしょうか。

A 医師の意見書がもらえなかった期間については傷病手当金は基本的に受給できません。転院前の病院でその期間の労務不能の意見書をいただいでください。

Q3 退職後、傷病手当金（出産手当金）を受給しながら協会けんぽの扶養家族になることはできますか。

A 手当金の日額が3612円^(※)以上の場合、協会けんぽの扶養家族になることはできません。なお、国民健康保険、任意継続健康保険のどちらに加入しても受給要件を満たしていれば、手当金は受給できます。※60歳以上は日額5,000円

実際に記入しましょう

記入のポイントは5つ

土日・祝日は
公休日

日	月	火	水	木	金	土
10月カレンダー				①	②	3
4	△	△	△	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	31

- 日給月給制で給与締切月内の場合

例題

被保険者氏名	協会 花子	請求期間	令和2年10月5日～10月25日 (医師の労務不能意見も同期間にてあり)
勤務状況	10月5日～7日は有給、10/8から欠勤。		
給与支払の方法	給与は日給月給。末日締め。翌月10日支払。所定労働日数20日。		
欠勤控除の計算	<ul style="list-style-type: none"> ● 「基本給 (240,000円) ÷ 所定労働日数 (20日) × 欠勤日数」で計算。 ● 通勤手当 (2,000円) は欠勤があっても減額しない。 ● 10月分の超過勤務手当は1,875円×4時間=7,500円 		
	※給与は基本給 (24万円)、通勤手当 (2,000円)、超過勤務手当 (1,875円/時) のみ。		

賃金台帳	支払日	11月10日
	基本給	96,000円
	通勤手当	2,000円
	住居手当	—
	扶養手当	—
	超過勤務手当	7,500円
	合計	105,500円

例題の記入例

被保険者氏名 **協会 花子**

勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。

1.平成 2.令和 年 月

2	0	2	1	0	○	○	公	公	△	△	△	/	/	/	公	公	○	○	○	公
					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
					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

出勤 計 7 日 有給 計 3 日

上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か? はい いいえ

給与の種類 月給 時間給 日給 歩合給 日給月給 その他

資金計算 締日 末 日 支払日 2 1.当月 2.翌月 1 0 日

上記の期間を含む資金計算期間の資金支給状況をご記入ください。

区分	期間	単価	支給額		支給額		支給額	
			金額	日分	金額	日分	金額	日分
基本給		240000	96000	1				
通勤手当		2000	2000	1				
超過勤務手当		1875	7500	4				
手当								
手当								
手当								
現物給与								
計		243875	105500	5				

資金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。

【欠勤控除】
 ● 基本給 ÷ 所定労働日数 × 欠勤日数
 240,000円 ÷ 20日 × 12日 = 144,000円
 ● 通勤手当は欠勤控除なし
 ● 超過勤務手当は
 1,875円 × 4時間 = 7,500円

担当氏名 **丹藤 一郎**

年 月 日 2 1.平成 2.令和 0 2 1 1 0 2

事業所所在地 **名古屋市中村区〇〇町△-□**

事業所名称 **健康 株式会社**

事業主氏名 **代表取締役 健保 太郎**

電話番号 **052872△△△△**

1.休んだ期間だけでなく給与の締日単位で記入

締日の翌日から翌月の締日まで

たとえば、
 月末締め → 1日から末日まで
 15日締め → 16日から翌月15日まで

2.支給額

実際の支給額を記入

・賃金の支給がない場合は、「0」円とご記入ください。

3.単価

欠勤しなかった場合の金額を記入

・「単価」には、一月当たりの所定の賃金を記入してください。
 ※時間給の場合は時間給の単価を記入してください。

4.賃金計算方法

手当についても記入

・欠勤控除をしている場合や控除対象とならない手当等の計算方法などを記入します。

5.証明日・証明印

締日以降であること
 事業主印であること

支給額を計算してみましょう①

例題 ①

- 支給開始日以前の12か月間に標準報酬月額が変わっている場合

労務不能と認められた期間	令和2年6月1日～6月15日	請求期間 (報酬支払等のなし)	令和2年6月1日～6月15日
支給開始日	令和2年6月4日 (待期期間3日を除く。令和2年6月1日～6月3日が待期期間)		
支給される期間	令和2年6月4日～6月15日の12日間		
支給開始日以前12か月間の各月の標準報酬月額	260千円 (令和1年7月～令和1年8月の標準報酬月額) 320千円 (令和1年9月～令和2年6月の標準報酬月額)		
支給開始日以前12か月間の各月の標準報酬月額の平均	310,000円 (令和1年7月～令和2年6月の標準報酬月額の平均)		

標準報酬月額の平均の計算方法

12か月間の標準報酬月額を計算	$260,000円 \times 2か月 = 520,000円$ (令和1年7月～8月の2か月間) $320,000円 \times 10か月 = 3,200,000円$ (令和1年9月～令和2年6月の10か月間)
12か月間の標準報酬月額の平均を計算	$520,000円 + 3,200,000円 = 3,720,000円 \div 12 = \mathbf{310,000円}$

支給額の計算方法

支給日額を計算	標準報酬月額の平均を30日で割る	$310,000円 \div 30 = 10,333.333\dots円$ (10円未満四捨五入) → <u>10,330円</u>
	3分の2をかけて日額を計算	$\underline{10,330円} \times \frac{2}{3} = 6,886.666\dots円$ (1円未満四捨五入) → <u>6,887円</u>
支給額	支給日数かける	$\underline{6,887円} \times 12日 = \mathbf{82,644円}$

※3ページの「支給額が一部または全部調整」をしないものとして計算しております。

支給額を計算してみましょう②

例題 ②

- 欠勤期間に手当等が満額支給されていて支給額に調整がある場合

労務不能と認められた期間	令和2年6月1日～6月15日	請求期間 (報酬支払等のあり)	令和2年6月1日～6月15日
支給開始日	令和2年6月4日 (待期期間3日を除く。令和2年6月1日～6月3日)		
支給される期間	令和2年6月4日～6月15日の12日間		
支給開始日以前12か月間の各月の標準報酬月額	30万円 (令和1年7月～令和2年6月の標準報酬月額)		
賃金等の支払い	基本給 (21万円)、通勤手当 (1万円)、住宅手当 (2万円) 基本給は欠勤控除あり。 <u>通勤手当、住宅手当は満額支給のため減額対象。</u>		

通勤手当・住宅手当の減額の計算方法

手当の1日当たりの支給額を計算

$$10,000円 + 20,000円 = 30,000円$$

$$30,000円 \div 30日 = \mathbf{1,000円}$$

支給額の計算方法

支給日額を計算

$$\text{標準報酬月額の平均を30日で割る} \quad 300,000円 \div 30 = \underline{10,000円} \quad (10円未満四捨五入)$$

$$\text{3分の2をかけて日額を計算} \quad \underline{10,000円} \times \frac{2}{3} = 6,666.666\dots円 \quad (1円未満四捨五入) \rightarrow \underline{6,667円}$$

支給額

$$\text{支給日額から手当分を減額} \quad \underline{6,667円} - 1,000円 = \underline{5,667円}$$

$$\text{支給日数をかける} \quad \underline{5,667円} \times 12日 = \mathbf{68,004円}$$

支給額を計算してみましょう③

例題 ③

- 欠勤期間に障害厚生年金等が支給されていて支給額に調整がある場合

労務不能と認められた期間	令和2年6月1日～6月15日	請求期間 (報酬支払等のあり)	令和2年6月1日～6月15日
支給開始日	令和2年6月4日 (待期期間3日を除く。令和2年6月1日～6月3日)		
支給される期間	令和2年6月4日～6月15日の12日間		
支給開始日以前12か月間の各月の標準報酬月額	30万円 (令和1年7月～令和2年6月の標準報酬月額)		
賃金等の支払い	基本給 (21万円)、障害厚生年金 (年額98万5,000円) 基本給は欠勤控除あり。 <u>在職中の障害厚生年金は減額対象。</u>		

障害厚生年金の減額の計算方法

年金の1日当たりの支給額を計算

$$985,000円 \div 360日 = 2736.111\dots円$$

障害厚生年金の日額 2,736円

支給額の計算方法

支給日額を計算

標準報酬月額の平均を30日で割る $300,000円 \div 30 = \underline{10,000円}$ (10円未満四捨五入)

3分の2をかけて日額を計算 $\underline{10,000円} \times \frac{2}{3} = 6,666.666\dots円$ (1円未満四捨五入) → **6,667円**

支給額

支給日額から手当分を減額 $\underline{6,667円} - 2,736円 = \underline{3,931円}$

支給日数をかける $\underline{3,931円} \times 12日 = \underline{47,172円}$

休んでいるときの標準報酬月額はどうなる？

休職により給料が減額されています。この場合、標準報酬の月額変更はできますか？

答えは…

「月額変更は**できません**。」

ポイント

月額変更の**3つの要件**を満たさないため、月額変更とはなりません。

- ・昇給、降給により固定的賃金に変動があった
- ・変動した月を含む3か月の支払基礎日数が17日以上ある
- ・従前の等級と比較し、2等級以上の差がある

※月額変更の手続きは年金機構にてお願いします。

休んでいるときの**社会保険料**は？

休職により無給となりますが、社会保険料はかかりますか？

健康保険料・厚生年金保険料・介護保険料（40～64歳）

答えは…

「**社会保険料はかかります。**」

ポイント 休職中で**給与の支払いがなくとも社会保険料はかかります。**

このため、本人から徴収する必要があります。



会社が
負担しても
いいの？

注意

本人が負担する保険料を会社が負担した場合、賃金の支給とみなされ、傷病手当金が調整されます。

あっ！書き間違えた。こんなときどうする？

「事業主の証明するところ」を記入中に書き間違えた場合、どのようにして訂正すればいいですか？

<p>1</p> <p>修正テープを使って書き直す</p>  <p>250,00</p>	<p>2</p> <p>横線を引いて書き直す</p> <p>260,000</p> <p>250,000</p>	<p>3</p> <p>横線を引いて書き直し 担当者の認印で訂正印</p> <p>260,000</p> <p>250,000</p> 	<p>4</p> <p>横線を引いて書き直し 代表者印で訂正印</p> <p>260,000</p> <p>250,000</p> 
--	--	---	---

答えは…

「全部OK」

ポイント

押印は原則省略できる取り扱いとなりました。（押印されていても正当に受理します。）

※

例外1（下記申請書の市区町村長記載欄）

高額療養費支給申請書、限度額適用・標準負担額減額認定申請書

出産育児一時金内払依頼書・差額申請書、出産育児一時金支給申請書

例外2（任意継続の下記保険料関係書類）

保険料預金口座振替依頼書

自動払込利用申込書

退職すると傷病手当金はどうなる？

退職して健康保険の資格がなくなった場合、傷病手当金はもらえなくなりますか？

答えは…

「退職後も傷病手当金が
もらえる場合があります。」

ポイント

3つの条件をすべて満たしている場合は、退職後も傷病手当金を受けられます。

① 退職日までに被保険者資格が継続して**1年以上***あること。(任意継続加入期間は除く)

*健康保険組合の加入期間は、協会けんぽの加入期間と空白なく連続していれば含むことができます。

② 退職日に傷病手当金の支給を受けている、または、支給される条件を満たしていること。

③ 退職日に傷病手当金の支給を受けていた傷病で引き続き労務不能であること。

(退職日に出勤しておらず、退職後も引き続き労務不能で療養していること)

注意

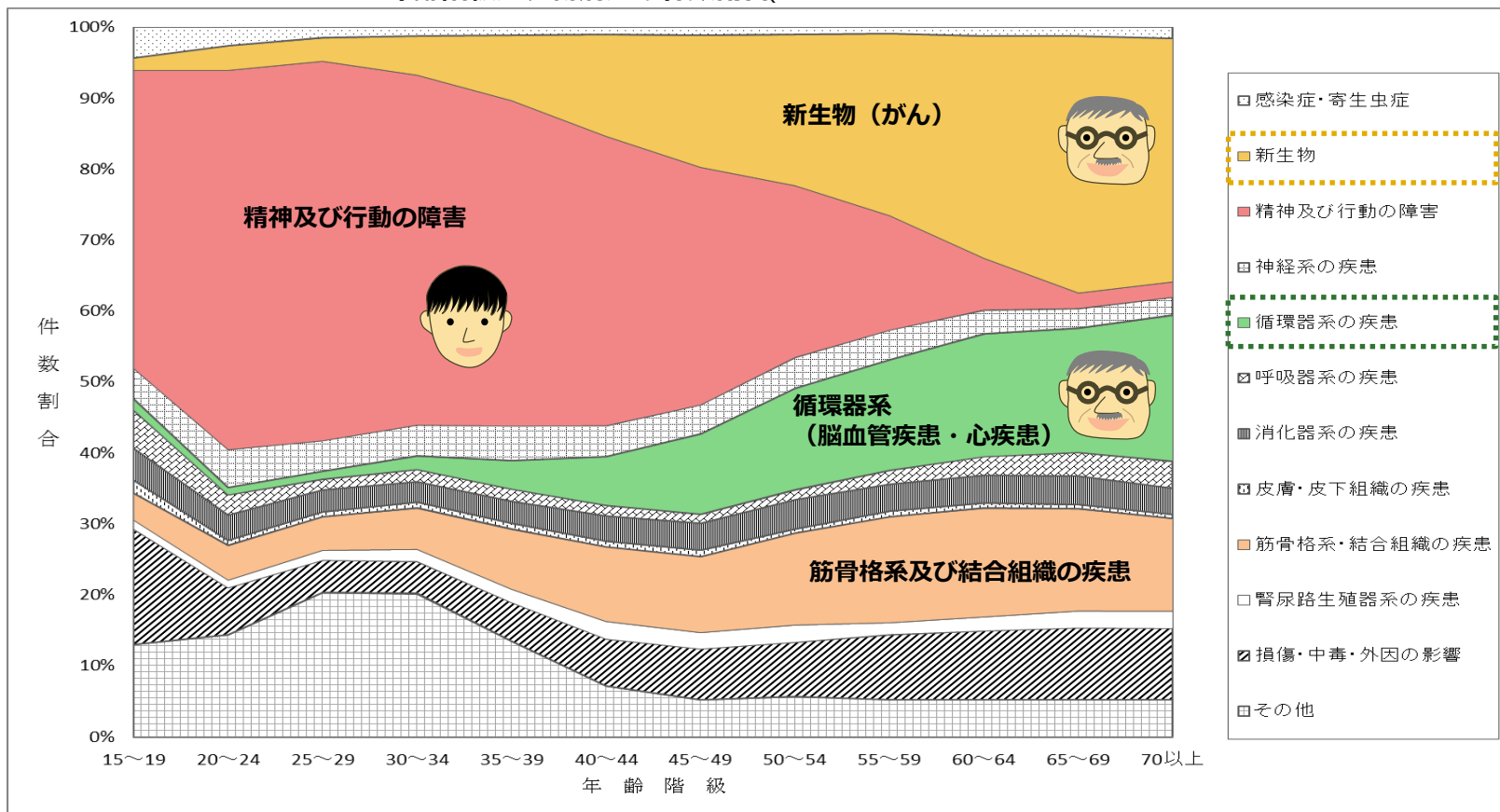
老齢年金などが受けられる場合は、傷病手当金支給額と調整が行われます。

傷病手当金の受給原因は年齢によって変わります

年齢が上がるにつれ、がんや脳血管疾患、心疾患が高い割合を占めています。

件数割合が高い傷病	1位	2位	3位	4位
	精神及び行動の障害 (気分障害、神経症性障害など) 31.30%	新生物 (がん) 18.63%	筋骨格系及び結合組織の疾患 (脊椎障害、椎間板障害など) 10.89%	循環器系の疾患 (脳血管疾患、心疾患など) 10.05%

年齢階級別、傷病別の件数割合(全国健康保険協会管掌健康保険 令和元年度現金給付受給者状況調査報告)



加齢により
がんや生活習慣病の
リスクが増加

社員さんに健康な状態で
長く働いてもらうために
健診を受けましょう!

入院の連絡があったら**限度額証**をお勧めください

入院だけでなく、日帰り手術や抗がん剤治療など高額な医療費のかかる通院、調剤でもご利用いただけます。

同一月の医療費が**一定額(自己負担限度額)***を超えた場合に、**高額療養費の申請**をすれば超えた分が**あとから払い戻されます**

*一定額はどのように決まるの？
年齢や標準報酬月額によって決まります。
詳しくは、21ページをご覧ください。



しかし

高額療養費は
払い戻しに**時間**がかかり、手続きが**大変!**

(払い戻しまで診療月から約4か月かかります。1か月ごとに1枚申請書の提出が必要です。)



高額療養費の申請を忘れている方は
愛知支部だけでなんと**年間7千人***も!

*高額療養費の申請がされていない方にお知らせをしている件数

でも、**限度額証**なら
保険証と**限度額証**を病院で提示するのみ

(限度額証は愛知支部で申請書を受け付けてから1週間でご自宅へ。事前申請もOK。)

一定額（自己負担限度額）は所得区分で確認します

70歳未満の方

所得区分		自己負担限度額（上限額）	多数該当の自己負担限度額
標準報酬月額	ア：83万円以上	252,600円+（総医療費-842,000円）×1%	140,100円
	イ：53万～79万円	167,400円+（総医療費-558,000円）×1%	93,000円
	ウ：28万～50万円	80,100円+（総医療費-267,000円）×1%	44,400円
	エ：26万円以下	57,600円	44,400円
オ：低所得者（住民税非課税者等）		35,400円	24,600円

70歳～74歳の方

	所得区分	個人ごと（通院）	世帯ごと（通院+入院）
標準報酬月額	現役並み所得者Ⅲ （83万円以上）	252,600円+1% <140,100円>	
	現役並み所得者Ⅱ （53万～79万円）	167,400円+1% <93,000円>	
	現役並み所得者Ⅰ （28万～50万円）	80,100円+1% <44,400円>	
	一般 （26万円以下）	18,000円 （年間上限14.4万円）	57,600円 <44,400円>
	低所得者Ⅱ	8,000円	24,600円
	低所得者Ⅰ		15,000円

見て納得！限度額証があると負担が減る

領収証の例

協会太郎さんが限度額証を利用したときの、負担額を見てみましょう。

領 収 証

患者番号	氏 名	請 求 期 間 (入院の場合)
123456	協会 太郎 様	令和2年9月1日~令和2年9月30日

受診科	入・外	領収書No.	発 行 日	費用区分	負担割合	本・家	区分
内科	外来	135568	令和2年10月7日	社保	3割	本人	ウ

保険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬
	365 点	点	点	点	3526 点	点	点
	注射	リハビリテーション	精神科専門療法	処置	手術	麻酔	放射線治療
	88777 点	点	点	点	6315 点	点	点
	病理診断	診断群分類(DPC)	食事療養	生活療養			
1017 点	点	円	円				

保険外負担	評価療養・選定療養	その他	保 険	保険 (食事・生活)	保険外負担
			合 計	1,000,000 円	円
	(内訳)	(内訳)	負担額	300,000 円	円
			領収額合計		300,000 円

1 総医療費(合計)
赤枠内の全ての点数
×10円

2 自己負担額(負担額)
総医療費×負担割合
(2~3割)

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

愛知県名古屋市〇〇区〇〇 〇-〇-〇

〇〇〇病院

全 国 一 郎



見て納得！限度額証があると負担が減る

22ページの領収証をみて、限度額証を利用した場合の負担額を計算してみよう。

協会 太郎さんの加入情報

負担割合 3割 所得区分 ウ 【一定額(自己負担限度額)の計算：80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1%】

自己負担限度額 80,100円 + (1,000,000円 - 267,000円) × 1% = 87,430円

限度額証がないと…

- ① 医療機関で自己負担額を支払う

$$1,000,000円 \times 3割 = \mathbf{30万円}$$

- ② 高額療養費の申請

こんなに！

診療月から4カ月後

あとから払い戻されるとはいえ負担は大きい

- ③ 高額療養費の払い戻し

$$300,000円 - 87,430円 = 212,570円$$

最終的な負担額は同じでも
いったん多額の支払いが発生！

限度額証があれば！

- ① 協会けんぽへ
限度額証の申請

愛知支部での受付より約1週間でご自宅へ



- ② 医療機関へ
限度額証を提示



- ③ 医療機関へ
自己負担限度額を支払うのみ

これだけですむ！

$$\mathbf{8万7,430円}$$

初めから限度額までの支払いで済む。

限度額証の申請は？

限度額証は
愛知支部での
受付より
約1週間で
ご自宅へ発送



住民税非課税の方はこちら

申請書

健康保険
限度額適用認定申請書

どんなとき

高額な診療を受ける前、
またはその後すみやかに

添付書類

不要（申請書のみ）

健康保険
**限度額適用・
標準負担額減額認定申請書**

高額な診療を受ける前、
またはその後すみやかに

●被保険者の住民税の非課税証明書原本
(申請書内に証明があれば不要)

年度に注意！

令和2年8月～令和3年7月の診療

令和 **2**年度

令和3年8月～令和4年7月の診療

令和 **3**年度

ご注意ください

70歳以上の方で

赤枠の方は申請が必要です

3割負担の方のうち標準報酬月額が
28万円～79万円の方

	所得区分	標準報酬月額
3割負担 現役並み所得者	現役並みⅢ	83万円以上
	現役並みⅡ	53万～79万円
	現役並みⅠ	28万～50万円
2割負担	一般	～26万円

申請書の記入は簡単！

限度額証は愛知支部で申請書を受付後約1週間でご自宅に届きます。届いた限度額証を保険証と一緒に医療機関で提示すれば負担が一定額までに！

健康保険 限度額適用認定 申請書 限

記入方法等については、「健康保険 限度額適用認定 申請書 記入の手引き」をご確認ください。
申請書は、様式で特内に丁寧に記入してください。 記入様本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の (左づめ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成				
	氏名・印 (フリガナ)		印				
住所 (〒 -)		郵便 番号					
電話番号 (日中の連絡先) TEL ()							
医療を受ける方 (被保険者の場合は記入の必要ありません。)		氏名	生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
医療予定期間 (申請期間)		平成 年 月 ~ 平成 年 月	申請月の初日から最長で1年間となります。				
上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。							
住所 (〒 -)		郵便 番号					
電話番号 (日中の連絡先) TEL ()							
宛名							
被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。							
氏名・印		印					
電話番号 (日中の連絡先) TEL ()		被保険者との関係 <input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため。 <input type="checkbox"/> その他					
		申請代行の理由 ()					
<small>※限度額適用認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。 ※申請書受付日より前の月の限度額適用認定証の交付はできません。日程に余裕を持ってご提出ください。</small>							
被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です) マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認事項を添付してください。		▶ <input type="text"/>				受付日付印	
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄		印					
様式番号		協会使用欄					
2 3 0 1 1 7		1 <input type="text"/>					

全国健康保険協会
協会けんぽ

(1 / 1)

社員が入院中で申請できないときは？
受け取れないときは？



大丈夫です！

限度額証の郵送先はご自宅以外も指定できます。
申請書には送付希望先を書く欄があります。ご自宅以外へ送付をご希望の際はこちらをご記入ください。

大丈夫です！

限度額証の申請は社員ご本人以外でもできます。
申請書には申請代行者を書く欄があります。社員ご本人に代わって申請する場合はこちらをご記入ください。

ケガのときは負傷原因届をプラス

ケガがもとで健康保険給付の申請をされる際は、負傷原因届も添付します

健康保険 負傷原因届		被保険者・事業主記入用	(負)
記入方法および添付書類等については、「健康保険 負傷原因届 記入の手引き」をご確認ください。 届書は、格書で枠内に丁寧に記入ください。			
記入見本 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="アイウエ"/>			
被保険者情報 被保険者証の(左づめ) 記号 番号 生年月日 年 月 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	
氏名・印 (フリガナ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		印 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
住所 (〒 -) 都 道 府 県 電話番号 (日中の連絡先) TEL ()		自署の場合は押印を省略できます。	
被保険者または負傷した方が記入するところ			
負傷した方 <input type="checkbox"/> 被保険者・被扶養者(氏名)		<input type="checkbox"/> 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 請負、法人の役員、ボランティア、インターンシップ等 <input type="checkbox"/> 解雇 <input type="checkbox"/> その他()	
負傷した方の勤務形態 ※該当するものを含む□を選択ください。		労災保険に特別加入していますか。 <input type="checkbox"/> 特別加入している <input type="checkbox"/> 特別加入していない	
傷病名			
負傷日時 平成 年 月 日 □午前 □午後 時 分			
負傷した時間帯(状況)		<input type="checkbox"/> 勤務時間中 □勤務日の休職中 □出張中 □私用中 □その他() <input type="checkbox"/> 通勤途中(□出勤 □退勤 / □寄り道等有り □寄り道等無し)	
負傷場所		<input type="checkbox"/> 会社内 □路上 □駅構内 □自宅 □その他()	
負傷原因 負傷原因で次にあてはまるものがありますか。		<input type="checkbox"/> 交通事故 □暴力(ケンカ) □スポーツ中(□職場行事 □職場行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主: □有 □無) <input type="checkbox"/> あてはまらない	
上記にあてはまる原因がある場合、相手はいますか。また、その場合は、あなたは被害者ですか、加害者ですか。		相手: □有 □無 □あなたは被害者 □あなたは加害者 ※相手がいる負傷の場合は「第三者行為による傷病届」の届出が必要です。	
負傷した時の状況を具体的に記入ください。			
治療経過 平成 年 月 日現在 □治療 □治療継続中 □中止			
治療期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで			
事業主情報			
業務災害及び通勤災害の場合のみ事業主の記入を受けてください。			
事業所の労災適用 有・無		社員総数 名 事業内容	
業務(通勤)災害 該当の種別 有・無 → 「無」の場合、その理由			
事業所所在地 (〒 -)		上記、本人の申し立てのとおり <input type="checkbox"/> 業務災害 <input type="checkbox"/> 通勤災害 に相違ないことを認めます。	
事業所名称			
事業主氏名			
電話番号 ()		受付日付印	
様式番号		協会使用欄	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
全国健康保険協会 基金けんぽ		(1/1)	

どんな状況でケガをしたのか

「業務上でないか」

「第三者によるケガでないか」を確認します



業務上・通勤途上の場合

健康保険では、保険給付を行うことができません。労災保険での給付となります。業務上および通勤途上でのケガと疑われる場合は、管轄の労働基準監督署にお問い合わせください。

4つの申請書に
必要です

傷病手当金支給申請書

療養費支給申請書

高額療養費支給申請書

埋葬料(費)支給申請書

プラス
+

負傷原因届

交通事故、ケンカは第三者行為届を提出

相手方のいるケガで保険証を使う場合は、協会けんぽへ「第三者等の行為による傷病届」の提出が必要です

交通事故



- 車両同士の事故
- 車両に同乗中に負傷した場合
- 歩行者と車両（自転車含む）の事故
- ひき逃げ等で相手が不明な交通事故
- 自転車同士の事故など

なぜ
第三者行為届を
提出するの？



ケンカ

その他



- 犬咬傷（よその飼い犬に咬まれたとき）
- けんかで負傷させられた場合

加害者に7割分*を請求するためです

第三者等の行為により被害者がケガを負った場合、本来は加害者が治療費を全額負担します。

しかし、被害者が保険証を使った場合の医療費は、本人が3割、協会けんぽが7割を一時的に負担します。

協会けんぽが一時的に立替えた7割分を、加害者に請求するためにこの届出が必要となります。*年齢により7~8割

社員が退職するときの手続き

会社がする手続き



「資格喪失届」と「保険証」を日本年金機構へ送付します。

◆ 退職日から5日以内

◆ 送付先 〒460-8565 (住所不要)

日本年金機構名古屋広域事務センター

(保険証を回収できない場合は「被保険者証回収不能届」を添付)

(70歳以上の場合「70歳以上被用者不該当届」も必要)

社員の退職後の健康保険



退職後の健康保険

◆ 新しい就職先で健康保険に加入

◆ 国民健康保険に加入

◆ 協会けんぽの任意継続に加入

◆ 家族の被扶養者として健康保険に加入



社員が協会けんぽの任意継続に加入することを希望

原則

本人が協会けんぽに「任意継続資格取得申出書」を退職日の翌日から20日以内に提出後、資格喪失したことが確認できたら保険証を送付。(保険証の作成は、資格喪失の処理後です。)

ポイント!

例外として「退職日が確認できる証明書類」※を申出書に添付することで、資格喪失処理前でも任意継続の保険証を発行することができます。

※「退職日が確認できる証明書類」とは

資格喪失届の写し、退職証明書の写し、雇用保険被保険者離職票の写し等、資格喪失の事実が確認できる書類のことです。

または、任意継続資格取得申出書の健康保険資格喪失証明欄を事業主に証明いただくことでも可です。

任意継続資格取得申出書の健康保険資格喪失証明欄の図→

健康保険資格喪失証明欄【事業主記入用】※任意

在職時に使用していた被保険者証の記号・番号	記号	番号
フリガナ		
被保険者氏名		
資格喪失年月日 ※退職日の翌日	年	月 日
備考欄	年	月 日
上記の記載内容に誤りのないことを証明します。		
事業所所在地		
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号	()	()

※健康保険資格喪失証明欄(事業主記入用)の記載は任意です。
※任意継続資格取得申出書の提出は、退職日の翌日から20日以内です。証明の準備に時間がかかる場合は、証明欄の記載がなくてもお手続きできます。(被保険者証は、日本年金機構での資格喪失処理が完了してからの交付となります。)