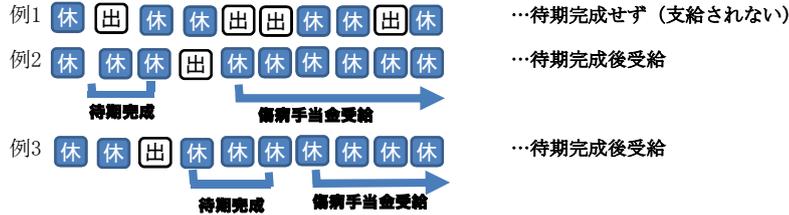


# 【 傷病手当金について 】…病気やケガで仕事を休み給料がもらえないとき

## 1. 支給される条件

- 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
- 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



- ④ 休業した期間について給料の支払い（給料の一部または全額）がないこと  
諸手当等が支払われる場合、その金額が傷病手当金より少ない時はその差額が支給されます。

## 2. 支給される期間

- ・ 傷病手当金および傷病手当付加金  
支給開始日から**1年6ヶ月**  
途中で出勤や年休で傷病手当金の支給対象外となっている期間は支給期間を通算（合算）して1年6ヶ月になるまで支給されます。
- ・ 延長傷病手当金付加金  
傷病手当金支給期間終了日翌日から**1年6ヶ月**  
支給期間中の出勤・欠勤日数にかかわらず同一疾病の手当金は傷病手当金の支給開始日から**3年**で支給期間終了となります（通算しません）

※同一傷病とは、必ずしも「同じ病名」というのではなく、傷病手当金の支給事由となった第一傷病を原因として第二傷病が発生した場合や、異なる傷病名でもその実態に明らかな断絶が認められない疾病を言います。（病気の原因が同じもの、関連性のある病気・ケガをさします）

## 3. 支給される額

法定給付（法律で定めた給付）と付加給付（トヨタ紡織独自給付）をあわせた額を支給します。

被保険者期間	1日あたりの支給額	割合相当額について（※）…申請期間により異なる
1年以上	支給開始日の属する月以前の直近の継続した12ヶ月間の標準報酬月額を平均した額÷30日×割合相当額（※） [AまたはBのいずれか少ない額]	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 40%;"> <p>【付加給付】 傷病手当金付加金（約13%）</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 40%;"> <p>【法定給付】 傷病手当金（約67%）</p> </div> </div> <p>合わせて約8割</p> <p>6割 4割</p> <p>← 1年6ヶ月 → ← 1年 → ← 6ヶ月 →</p> <p>← 支給開始日から3年間 →</p>
1年未満	A 支給開始日以前の直近の継続した各月の標準報酬月額を平均した額÷30×割合相当額（※） B 支給開始前年度の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÷30×割合相当額（※）	

例1) 被保険者期間が1年以上あるとき



例2) 被保険者期間が1年未満のとき



## 4. 傷病手当金が支給停止（支給調整される）場合

- ① 傷病手当金と出産手当金が受けられる時  
傷病手当金の額が出産手当金の額より多ければその差額を支給
  - ② 同一の傷病で障害年金・障害手当金を受けているとき  
ただし、障害厚生年金の額（同時に障害基礎年金を受けられるときはその合計額）の360分の1が傷病手当金の日額より低い時はその差額を支給  
また厚生年金保険法による障害手当金が受けられるときは、傷病手当金の合計額が障害手当金の額に達する日までは傷病手当金は支給されない
  - ③ 資格喪失後の継続給付受給者が老齢（退職）年金等を受けているとき  
ただし、老齢厚生年金等の額の360分の1が傷病手当金の日額より低い時はその差額を支給
- ※②・③の場合、受給年金内容の確認のため年金証明書及び直近の裁定通知書・年金額改定通知書等の写し添付が必要

## 5. 資格喪失後の継続給付について

資格喪失をした日（退職日等）の前日までに1年以上の被保険者期間があった方（任意継続被保険者期間を除く）が資格喪失日の前日に傷病手当金を受けているか、支給される条件を満たしている場合資格喪失後も傷病手当金支給開始日から1年6ヶ月までは引き続き支給を受けることができます。

ただし、一旦仕事に就くことができる状態になった場合、その後更に仕事につくことができない状態になっても傷病手当金は支給されません。

## 6. その他

- ① 当健保組合加入後3年未満の方で始めて傷病手当金の申請をする時は加入先連絡票（※）も併せて提出ください。（※添付資料：加入先連絡票）
- ② その他別途書類の書類提出の必要となることがあります。案内に従い手続きください。

当健保加入3年未満の方が初めて傷病手当金の申請をする時は、加入前3年に遡って、従前の勤務先と加入していた健康保険組合を記入の上、同意書と初回の申請書を併せて提出ください。

事業所担当者経由 トヨタ紡織健康保険組合 行

## 加入先連絡票

◆太枠内をボールペンで記入ください

記入日		令和 年 月 日	
記号番号	従業員No.	氏 名	入社日(健康保険加入日)
—			令和 年 月 日
<b>入社前の勤務先について①</b> ※勤務期間が3年未満の時は必ず②も記入願います			
勤務先名称			
勤務先所在地			
勤務期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日		
健康保険加入先名称			
健康保険所在地			
在職当時の居住地について	<input type="checkbox"/> 現在と同じ <input type="checkbox"/> 現在と違う(下記に従前の住所を記入してください) 〒		
<b>入社前の勤務先について②</b> ※①②を併せた勤務期間が3年未満の時は本紙をコピーする等して3年分をご記入ください			
勤務先名称			
勤務先所在地			
勤務期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日		
健康保険加入先名称			
健康保険所在地			
在職当時の居住地について	<input type="checkbox"/> 現在と同じ <input type="checkbox"/> 現在と違う(下記に従前の住所を記入してください) 〒		
不就労期間について(不就労期間がある時は記入ください)			

※ 加入先連絡票を被保険者以外が記入した際は署名願います。

記入者署名欄	
--------	--

# 同意書

私がトヨタ紡織健康保険組合宛に請求している健康保険法に基づく保険給付の決定のため、貴職が必要とする事項(私の個人情報を含む)について、関係する官公署・医療機関等に対して貴職が説明・照会を行うことについて同意します。

また、この同意書は「写し」も有効とし、照会を受けた者または機関等が当該照会に対し回答することについても同意します。

令和 年 月 日

トヨタ紡織健康保険組合理事長殿

住所

---

氏名  
(自署)

---



# 同意書

私がトヨタ紡織健康保険組合宛に請求している健康保険法に基づく保険給付の決定のため、貴職が必要とする事項(私の個人情報を含む)について、関係する官公署・医療機関等に対して貴職が説明・照会を行うことについて同意します。

また、この同意書は「写し」も有効とし、照会を受けた者または機関等が当該照会に対し回答することについても同意します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

トヨタ紡織健康保険組合理事長殿

住所

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

氏名  
(自署)

〇〇 〇〇