

申請の流れ

質問等はこちら ↓↓
マーキュリー健康保険組合 03-6908-5426
※受付時間：平日 9:00~18:00 (ゴールデンウィーク期間・年末年始は除く)

申請者：チェックシート（記入する前）を確認後、傷病手当金支給申請書「被保険者記入用」に記入します。



申請者：傷病手当金支給申請書「療養担当者記入用」に主治医から証明をもらいます。



申請者：チェックシート（提出する前）を確認後、傷病手当金支給申請書を提出します。

在籍中の方

〒169-0073
東京都新宿区百人町1-22-17 新宿リサーチパークビル
株式会社マーキュリー コーポレート本部 宛

退職した方

療養担当者（医師）が労務不能と認めた期間が退職前の場合は
【株式会社マーキュリー コーポレート本部】に提出します。

〒169-0073
東京都新宿区百人町1-22-17 新宿リサーチパークビル
マーキュリー健康保険組合 宛



株式会社マーキュリー：傷病手当金支給申請書「事業主記入用」に記入後、健康保険組合へ提出します。
（在籍者の方のみ）



健康保険組合：審査を行います。支給決定後、支給日までに「支給決定通知書」を申請者に送付します。
※支給日は毎月15日と月末日です。

傷病によっては、今までの受給歴を確認するため、照会調査をいたします。
（マーキュリー健康保険組合資格取得前に同じ傷病で傷病手当金を受給されていた場合、マーキュリー健康保険組合では傷病手当金を支給できないことがあります）

また、退職後に引き続き傷病手当金の支給申請をされた場合、健康保険加入期間を確認するため、照会調査をいたします。

審査終了までに2~4か月程の時間を要しますことご了承ください。

「チェックリスト」は2ページに続きます。必ずチェックしてください。>>>

チェックシート（記入する前）

<p>業務上または通勤途上に起きた傷病ではありません。</p> <p>→ 業務上または通勤途上に起きた傷病は傷病手当金を請求できません。</p>	
<p>傷病の原因が第三者によるものではありません。</p> <p>→ 相手がいる交通事故やケンカ等の傷病は、傷病手当金を請求できません。保険証を使用して通院している場合は大至急、健康保険組合までご連絡ください。</p>	
<p>傷病手当金請求期間内に有給取得等により賃金が満額支給されていません。</p> <p>→ 賃金が満額支給されている場合は傷病手当金は支給しません。</p>	
<p>過去に同一傷病で傷病手当金を受給していません。</p> <p>→ 病名が異なっても、医学的・社会的に一連とみなされる場合は同一傷病とみなされます。また、一旦完治して同一の傷病が再発した場合、再び傷病手当金を受給できますが、再発として認められるのは「相当期間」「客観的」に無症状である事が必要となります。（健康保険組合で審査の上、決定します）</p>	
<p>（退職した方）退職までに連続した健康保険被保険者期間が1年以上あります。</p> <p>→ 加入期間が1年未満の場合は、退職後の期間について支給できません。今まで加入した健康保険の名称等傷病手当金支給申請書に全て記入してください。</p>	

チェックシート（提出する前）

<p>傷病手当金支給申請書の用紙はマーキュリー健康保険組合のものです。</p> <p>→ 全国健康保険協会（協会けんぽ）の申請書（「療養担当者記入用」だけが協会けんぽの申請書の場合も含む）では受理できない場合があります</p>	
<p>保険証の記号と番号を正しく記入しています。</p> <p>→ 国民健康保険の番号等は記入しないでください。</p>	
<p>傷病手当金支給申請書「被保険者記入用」を全て記入しています。</p> <p>→ 未記入項目があると受理できません。</p>	
<p>傷病手当金支給申請書「療養担当者記入用」の医療機関の所在地・名称が押印されています。</p> <p>→ 手書きのみや、コンピューター等での入力のみは認められません。</p>	
<p>傷病手当金支給申請書「療養担当者記入用」の証明日は労務不能と認めた期間より後の日付です。</p> <p>→ 未来の期間についての証明は認められません。お休みした期間が過ぎてから療養担当者に証明してもらいます。</p>	
<p>銀行の通帳等の写しを添付しています。</p> <p>→ 銀行名・支店名・預金種別・口座番号・名義がわかるものを毎回添付してください。</p>	
<p><該当者のみ> 傷病名が外傷です。</p> <p>→ 「負傷原因届」（HP掲載）を添付してください。</p>	
<p><該当者のみ> 傷病名が慢性的な疾患です。（精神疾患、脳疾患、心臓疾患等）</p> <p>→ 受給歴を確認するため、照会調査をいたします。今まで加入した健康保険の名称等傷病手当金支給申請書に全て記入してください。</p>	
<p><該当者のみ> 傷病手当金と同一の傷病で障害厚生年金を受給しています。</p> <p>→ 傷病手当金請求期間に支払われた障害厚生年金額のわかる「年金証書」「年金額改定通知書」「年金振込通知書」の写しを添付してください。</p>	

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者（申請者）記入用

振込先指定銀行口座の写しを所定の場所に毎回貼付してください。
被保険者（申請者）記入用 は全て記入の上提出してください。

被保険者（申請者）情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>		
	氏名・印	(フリガナ)		印			自署の場合は押印を省略できます。
	住所	(〒 -)	都 道 府 県				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()						
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)							

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/>
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゜)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	
		口座名義の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日
	氏名・印	印	住所	「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()	住所	委任者と代理人との関係
	(フリガナ)	氏名・印	印	

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

「申請者記入用」は4ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄

(健康記入欄)	支給決定欄			回	回	常務理事	事務長
	支給開始日	年 月 日	回数	回			
	支給期間	年 月 日から 年 月 日まで	日数	日	担当	担当	
	支給決定額	円	日数	日			
	備考(年金調整額等)						

受付印

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者（申請者）記入用

申請内容	1 傷病名	1) _____ 2) _____ 3) _____	2 発病または負傷年月日	令和 年 月 日 令和 年 月 日 令和 年 月 日
	3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (発病時の状況) _____ <input type="checkbox"/> 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください		
	4 療養のため休んだ期間(申請期間)	(令和) 年 月 日 から 日数 _____ 日間 _____ まで		
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)				

確認事項	1 上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	1 - ① 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください。	令和 年 月 日 から 報酬額 _____ 円 令和 年 月 日 まで
	2 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい → <input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 2. 請求中 → <input type="checkbox"/> 2. 障害手当金 <input type="checkbox"/> 3. いいえ
	2 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった(なる)傷病名及び基礎年金番号をご記入ください。	傷病名 _____ 基礎年金番号 _____ 年金コード _____
	「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。	支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 年金額 _____ 円
3 (健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。) 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。受給している場合、その名称ご記入ください。	<input type="checkbox"/> 1. はい → 名称 _____ <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ	
3 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号等をご記入ください。	基礎年金番号 _____ 年金コード _____ 支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 年金額 _____ 円	
「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。		
4 今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか	<input type="checkbox"/> 1. はい 3. いいえ <input type="checkbox"/> 2. 労災請求中	
4 - ① 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。	労働基準監督署 _____	
5 介護保険サービスを受けたとき	保険者番号 _____ 被保険者番号 _____ 保険者名称 _____	

「申請者記入用」は5ページに続きます。>>>

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 5 6 7

被保険者（申請者）記入用

同意欄（被保険者が記入）

私は、マーキュリー健康保険組合が、本傷病手当金の支給に際し、必要がある場合は随時、関係機関に対し必要な情報を提示すること及び照会することを同意します。また、照会を受けた関係機関がマーキュリー健康保険に対して回答することを同意します。照会先が複数の場合は、本同意書の写しも有効であることに同意します。

※ 必要な情報とは、加入歴・給付記録・診療履歴等の情報を指します。

※ 関係機関とは、医療機関及び担当医師、事業主、公共職業安定所、警察署長、日本年金機構、以前加入されていた健康保険組合もしくは全国健康保険協会（協会けんぽ）、国民健康保険等を指します。

被保険者証の (右づめ)	記号	番号	同意日	年	月	日
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

氏名・印

(フリガナ)

印

自署の場合は押印を省略できます。

健康保険組合等加入歴（被保険者が記入）

被保険者氏名

被保険者として健康保険組合等に加入していたことがありますか？（どちらかに✓をつけてください）

はい いいえ

学校卒業から現職入社までの加入健康保険組合等を国民健康保険・ご家族の被扶養者期間を含み全て漏れなく記入

	健康保険組合等の名称	事業所の名称	事業所の所在地	資格取得年月日	資格喪失年月日
例	〇〇健康保険組合	株式会社△△△	東京都新宿区△-△-△	平成20年4月1日	令和3年3月31日
1					
2					
3					
4					
5					

名称等が正しくない場合は支給までに時間を要することがあります。また以前加入していた健康保険の資格喪失証明書を提出をお願いすることがあります。

振込先指定銀行口座の写しを貼ってください

ここに銀行名・支店名・預金種別・口座番号・名義がわかるものを毎回貼付してください。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 5 6 7

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及び賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	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																				
	令和	年	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	計	日	日
	令和	年	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	計	日	日
令和	年	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	計	日	日	
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		<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月																		
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。																																					
支給した(する)賃金内訳	期間	単価	月日 ~ 月 日分	月日 ~ 月 日分	月日 ~ 月 日分	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。																															
	区分		支給額	支給額	支給額																																
	基本給																																				
	通勤手当																																				
	住居手当																																				
	扶養手当																																				
	手当																																				
現物給与																																					
計																																					
上記のとおり相違ないことを証明する。															令和	年	月	日	担当者氏名																		
事業所所在地																																					
事業所名称																																					
事業主氏名															印 電話 ()																						

記入例

事業主が証明するところ	被保険者氏名 協会 太郎																																			
	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																			
	平成26年	4月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	○	○	○	△	/	/	/	/	/	計	4日	1日							
	平成26年	5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	計	3日	0日
平成	年	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	計	日	日
上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？			<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			給与の種類			<input checked="" 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		15日 <input checked="" type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月																	
支給した(する)賃金内訳	期間	単価	4月16日 ~ 5月15日分	月日 ~ 月 日分	月日 ~ 月 日分	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。																														
	区分		支給額	支給額	支給額	基本給:欠勤控除あり 300,000円÷20日×11日 =165,000円																														
	基本給	300,000	135,000			通勤手当:欠勤控除なし 12/25 6か月定期券代 (1月~6月分)として 120,000円支給																														
	通勤手当	120,000				住居手当:欠勤控除なし																														
	住居手当	20,000	20,000			住居手当:欠勤控除なし																														
	扶養手当																																			
	手当																																			
現物給与																																				
計	440,000	155,000																																		
上記のとおり相違ないことを証明します。															平成26年	5月	21日	担当者氏名	○ ○ ○																	
事業所所在地 東京都千代田区△△ 1-1																																				
事業所名称 ○○株式会社																																				
事業主氏名 健保 三郎															印 電話 03 ()																					

【被保険者の方へ】

1 お勤め先の事業所に証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

【事業主の方へ】

2 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(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は/で表示してください。

3 給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。

4 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。

5 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における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。

「療養担当者記入用」は7ページに続きます。>>>

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 5 6 7

療養担当者記入用

療養担当者が意見を記入する欄

患者氏名																																	
傷病名	(1)	療養の給付開始年月日											(1) 令和 年 月 日																				
	(2)												(2) 令和 年 月 日																				
	(3)												(3) 令和 年 月 日																				
発病または負傷の年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷																															
労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から	発病または負傷の原因																															
うち入院期間	令和 年 月 日から	療養費用の別																															
	令和 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他																															
診療実日数	診療日を ○で囲んで ください。	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
		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
		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
上記の期間中における「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)		手術年月日 令和 年 月 日																															
		退院年月日 令和 年 月 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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日											人工臓器等の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <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。														令和 年 月 日																			
医療機関の所在地														印																			
医療機関の名称														電話 ()																			
医師の氏名																																	

ご協力をお願い

記入例

不正防止の観点から、医療機関所在地・名称等はゴム印を使用し、医療機関印・医師印を押印いただきますようご協力をお願いします。

1	氏名	協会 太郎
2	傷病名	(1) 鎖骨骨折
3	療養の給付開始年月日(初診日)	(1) 平成 26 年 4 月 22 日
4	発病または負傷の年月日	平成 26 年 4 月 22 日
5	労務不能と認められた期間	平成 26 年 4 月 22 日から 平成 26 年 5 月 12 日まで
	発病または負傷の原因	左肩部強打
	療養費用の別	<input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他
	診療実日数	4 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 5 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
	上記の期間中における「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)	鎖骨を骨折し、4/22初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。 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 骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後リハビリが必要であったため、労務不能と判断した。
	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 平成 26 年 5 月 22 日
	人工臓器等の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <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。	平成 26 年 5 月 22 日
	医療機関の所在地	東京都品川区△△ 1-1
	医療機関の名称	○総合病院
	医師の氏名	保険 五郎

【被保険者の方へ】

1 療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

【療養担当者の方へ】

2 複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次ご記入ください。

3 左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください。

4 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ご記入ください。また、証明日以前の期間をご記入ください。

5 症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。

①②に該当する場合は、必ずこの同意書をご提出ください。

① 初めて傷病手当金を申請する場合 ② 過去に傷病手当金を受給した事があるが、別の傷病で申請する場合

※ ①②の場合以外でも、健康保険組合から提出をお願いする場合があります。

【障害厚生年金 老齢厚生年金 労災休業給付金にかかる傷病手当金の申請について】

同一傷病で、同時に、傷病手当金の申請と障害厚生年金又は退職後の老齢厚生年金を受給している場合は、傷病手当金の支給額を調整します。また、同一傷病で労災休業給付金が給付される場合は、傷病手当金は支給出来ません。

さかのぼって障害厚生年金・退職後の老齢厚生年金・労災休業給付金等を受けた場合は、その受けた給付の額について、先に支給した傷病手当金の一部若しくは全額を返納して頂きます。

傷病手当金を申請する場合は、下記内容について同意され、同意書に署名捺印した上で、傷病手当金支給申請書を提出して下さい。

同意書

マーキュリー健康保険組合 理事長 殿

私は、今回（傷病名： _____）により傷病手当金を申請しますが、後日、障害厚生年金・退職後の老齢厚生年金・労災休業給付金の給付が決定した場合、また、後日、障害厚生年金・退職後の老齢厚生年金・労災休業給付金の給付が判明した場合は、マーキュリー健康保険組合にその旨ただちに報告するとともに、裁定通知書若しくは給付金支給決定書等の写しを提出します。

その上で、年金から給付を受けた場合はその額を限度に健康保険の傷病手当金の一部若しくは全額を返納することに同意し、労災休業給付金の支給を受けた場合は、健康保険の傷病手当金の全額について返納することに同意致します。

住 所 〒 _____

氏 名 _____ (印)

電話番号 _____

健康保険証の記号番号 _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受付日付印