

保 保 発 1130 第 1 号
令 和 3 年 11 月 30 日

全国健康保険協会理事長 }
健康保険組合理事長 } 殿

厚生労働省保険局保険課長
(公 印 省 略)

傷病手当金の支給決定における労災給付情報の照会について

健康保険法（大正11年法律第70号）及び船員保険法（昭和14年法律第73号）に基づく傷病手当金については、同一の疾病等について労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）、国家公務員災害補償法（昭和26年法律第191号。他の法律において準用し、又は例による場合を含む。以下同じ。）又は地方公務員災害補償法（昭和42年法律第121号）若しくは同法に基づく条例の規定による傷病手当金に相当する給付（以下「労災給付」という。）を受けることができる場合には、支給を行わないこととされていることから、傷病手当金の支給に当たっては、労災給付の受給状況を確認する必要がある。

今般、全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和3年法律第66号）により、健康保険法第55条第2項及び船員保険法第33条第3項が新たに設けられ、令和4年1月1日から施行されることから、同日以降、傷病手当金の支給を行うにつき必要があると認めるときは、被保険者（被保険者であった者を含む。以下同じ。）の同意がない場合であっても、労災給付の支給を行う労働基準監督署等に対し、当該給付の支給状況につき、必要な資料の提供を求めることが可能となる。

については、傷病手当金の支給にあたり労災給付の支給状況の確認を行う場合の取扱いについて、下記のとおり整理したため、内容について御了知の上、適切に御対応いただくようお願いする。

なお、本通知の内容は、厚生労働省労働基準局労災管理課及び補償課とも協議済みであるとともに、都道府県労働局労働基準部宛てにも周知される予定であることを申し添える。

記

1 傷病手当金の支給申請の事務について

傷病手当金の支給申請の際、申請者に対し、労災給付の受給状況を確認すること。労災給付を受給している場合には、支給決定通知書の写しの提出を求め、傷病手当金の支給可否及び支給額を決定すること。

労災給付を受給していない場合又は労災給付を請求中の場合には、請求者に対し、労災給付を受給するに至った場合には速やかに連絡するよう求めるとともに、健康保険法第 55 条第 2 項等の規定に基づき労働基準監督署等に対して労災受給状況の確認を行う可能性がある旨説明すること。

2 労働基準監督署に対する照会について

傷病手当金の支給を行うにつき必要があると認めるときは、労働者災害補償保険法の規定により労災給付を受けている可能性のある被保険者について、被保険者の同意を得ることなく、労働基準監督署に対して受給状況の確認を行うことができること。

また、労働基準監督署に対する照会については、被保険者から労災給付を請求した労働基準監督署名を確認した上、照会様式（別紙 1）により行うこと。ただし、被保険者から当該労働基準監督署名を確認できない事情がある場合には、被保険者を使用する事業所を管轄する労働基準監督署に対して照会すること。

なお、照会先となる労働基準監督署の所在地については、各都道府県労働局のホームページにおいて確認すること。

3 国家公務員災害補償法等の規定による給付に関する照会について

傷病手当金の支給を行うにつき必要があると認めるときは、国家公務員災害補償法又は地方公務員災害補償法若しくは同法に基づく条例の規定により労災給付を受けている可能性のある被保険者について、それぞれ以下の照会先（以下「実施機関」という。）に対して労災給付の受給状況の確認を行うことができること。

・ 国家公務員災害補償法による給付

被保険者の所属機関の公務災害に関する相談窓口

※人事院HP「災害補償のページ」の【相談窓口】を参照

https://www.jinji.go.jp/ichiran/ichiran_saigaihoshou.html

※なお、防衛省の職員の給与等に関する法律（昭和 27 年法律第 266 号）又は特別職の職員の給与に関する法律（昭和 24 年法律第 252 号）の規定により、傷病手当金に相当する給付を受けている可能性がある場合の照会先については、被保険者に個別に確認することにより、照会先を確認すること。

- ・ 地方公務員災害補償法又は同法に基づく条例の規定による給付
以下のどちらから補償が行われているか被保険者に確認の上、照会すること。

(1) 地方公務員災害補償基金の各支部

照会先は、地方公務員災害補償基金HPを参照すること。

※地方公務員災害補償基金HP：<https://www.chikousai.go.jp/top/sibu.php>

(2) 被保険者が勤務していた地方公共団体（各都道府県又は各市町村）又は一部事務組合等

照会先は、当該団体の公務災害担当部署となること。

また、実施機関に対する照会は、照会様式（別紙1）により、各実施機関に対して行うこと。その際、別紙1中「〇〇労働基準監督署長」とあるのは各実施機関の長の名称に、「労働者災害補償保険の休業（補償）給付等」とあるのは「国家公務員災害補償の休業補償等」又は「地方公務員災害補償の休業補償等」に、それぞれ置き換えて様式を使用すること。

3 労働基準監督署等からの回答について

労働基準監督署からの回答は、回答様式（別紙2）により行われること。また、労働基準監督署以外の各実施機関からの回答は、同様式に記載の事項について各実施機関がそれぞれ定める回答様式により行われること。

文 書 番 号
令和〇年〇月〇日

〇〇労働基準監督署長 殿

全国健康保険協会〇〇支部長
/〇〇健康保険組合理事長

労働者災害補償保険の休業（補償）等給付の請求及び支給状況の照会について

平素より、健康保険事業の運営にご理解、御協力をいただき、誠にありがとうございます。

傷病手当金の給付に際し、労働者災害補償保険の休業（補償）等給付についての請求及び支給状況等の確認が必要となりますので、健康保険法（大正11年法律第70号）第55条第2項／船員保険法（昭和14年法律第73号）第33条第3項の規定に基づき、下記の対象者に係る労働者災害補償保険の休業（補償）等給付の請求及び支給状況等について照会致しますので、ご回答くださいますようお願い致します。

記

1 照会対象者の基本情報

フリガナ：

氏 名：

生年月日：

住 所：

事業所の名称：

2 照会事項

上記対象者について、令和〇年〇月〇日以降／令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日の期間における労働者災害補償保険の休業（補償）等給付の請求及び支給の有無について、ご回答をお願い致します。

また、請求又は支給がある場合、傷病名、支給期間、支給金額についてもご回答をお願い致します。

以上

(連絡先)

〇〇〇〇〇〇

TEL：〇〇〇—〇〇〇〇—〇〇〇〇

MAIL：〇〇〇〇〇〇@〇〇〇〇〇〇

住所：〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

文 書 番 号
令和〇年〇月〇日

全国健康保険協会〇〇支部長
／〇〇健康保険組合理事長 殿

〇〇労働基準監督署長

労働者災害補償保険の休業（補償）等給付の請求及び支給状況の照会について（回答）

令和〇年〇月〇日付け●●●●（文書番号）をもって照会のあった標記について、下記のとおり回答します。

記

氏 名：
生年月日：
住 所：

労働者災害補償保険の休業（補償）等給付の請求及び支給の有無
（同一時期に複数の傷病による給付がなされている場合は書き分けること。）

請 求	有 ・ 無
支 給	支給 ・ 不支給 ・ 審査中
支給（不支給）決定日	令和〇年〇〇月〇〇日

（以下、「支給」の場合のみ記載）※行が足りない場合は適宜追加すること。

傷病名	初回の傷病名 ／ 直近の傷病名
お問い合わせの期間に 含まれる支給期間	令和〇年〇〇月〇〇日～令和〇年〇〇月〇〇日 令和〇年〇〇月〇〇日～令和〇年〇〇月〇〇日
給付基礎日額	円（令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日） 円（令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日）

（連絡先）

〇〇〇〇〇〇

担当：〇〇〇

TEL：〇〇〇—〇〇〇〇—〇〇〇〇