

傷病手当金支給申請書(その1)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証 記号・番号 <small>(退職後の申請時は 在職中の記号・番号)</small>	記号 122	番号 567	② 被保険者 (申請者) 氏名	フリガナ ツウシン タロウ 通信 太郎	第○回	
	③ 被保険者 (申請者) 住所	〒 351-0000 日中の連絡先 ○○○ (○○○) ○○○○ 埼玉県朝霞市○○○1-2-3					
	④ 生年月日	昭和・平成 49年10月22日(44歳)					
	⑤ 事業所名称 <small>(退職後の申請時は 在職中の事業所名称)</small>	株式会社○○○○		⑥ 被保険者の職種 <small>(退職後の申請時は 在職中の職種)</small>	システムエンジニア		
	⑦ 傷病名	左鎖骨複雑骨折		過去5年間に傷病手当金を 受給したことがありますか		有・ <input checked="" type="radio"/> 無	
	⑧ 発病又は 負傷の年月日	昭和 平成 <input checked="" type="radio"/> 令和	元 年 5 月 12 日	⑨ 発病又は 負傷の原因	自転車で転倒した際に負傷(単独)		
	⑩ 療養のため労務に服する ことができなかった期間 (申請期間)	平成・ <input checked="" type="radio"/> 令和 元 年 5 月 12 日 から				20 日間	
	⑪ うえの期間の報酬の支払いを 受けた(受けられる)ときはその 期間及び報酬額	平成・令和 年 月 日 から				報酬額 円	
	⑫ 年金受給している 場合	⑬ 障害(厚生)年金 または障害手当金 を受けたとき (申請中を含む)	種別	障害(厚生)年金 障害手当金	金額	円	傷病名
		退職後に年金(国民 年金・障害年金・共済 年金等)を受けたとき (申請中を含む)	種別		金額	円	

⑬ 同意欄

傷病手当金の審査決定上、必要に応じ、通信機器産業健康保険組合
が関係機関に対して、診療履歴・年金受給の有無等の照会を行うこと、
関係機関が照会に対する回答をすることに同意します。

令和 元年 6 月 10 日
被保険者氏名
通信 太郎

※関係機関とは、医療機関・年金事務所・事業主等をいいます。
※本申請書の写しをもって有効とします。

被保険者の口座に振込む場合

⑭ 振込先	指定銀行	○○○ <input checked="" type="radio"/> 銀行・金庫・信組・農協 漁協・その他() ○○○	本店・ <input checked="" type="radio"/> 支店・代理店 出張所・本所・支所
	口座の種類	<input checked="" type="radio"/> 普通・当座・その他()	口座番号 1 2 3 4 5 6 7
	被保険者氏名 (口座名義人)	フリガナ ツウシン タロウ 通信 太郎	

会社に委任する場合

⑮ 委任状	右の者を代理人と定め、上記保険給付金の受領を委任します。	
	被保険者氏名	代理人氏名 <small>代理人氏名については、届出済みの「給付金受領代理人・口座届」と同一のものを 記入(署名)してください。</small>

※ 備考	
---------	--

受 付

傷病手当金支給申請書 (その2)

① 被保険者氏名	通信 太郎		
② 労務に服さなかった期間	平成 令和 元年 5 月 12 日 から	平成 令和 元年 5 月 31 日 まで	20 日間
③ 勤務状況	【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は□】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。		
	5 月	○ 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 6 日
	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	有給 0 日
④ 給与の種類 <small>(いずれかに○をして金額を記入してください)</small>	月給 ・ 時間給 ・ その他()		基準額 (200,000 円)
⑤ 給与締日と支給日 <small>勤怠締日と控除日</small>	給与	毎月 末 日締 / 当月 ・ 翌月 20 日払	勤怠
⑥ 所定休日 <small>(所定休日に○をしてください)</small>	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ・ 祝 ・ シフト制のため不定期		
⑦ ②の期間に対する報酬の支払いの有無 <small>(通勤手当を除く)</small>	支給なし ・ 全部支給あり ・ 一部支給あり ※ありの場合は⑧欄も記入してください。		
⑧ 支給した報酬の内訳			平成 令和 元年 5 月 1 日～
			平成 令和 元年 5 月 31 日分
	報酬の名称	基本額	支給額
	住宅手当	25,000 円	25,000 円
		円	円
		円	円
賃金計算方法(欠勤控除計算方法) (基本給+職能給)÷21日(所定日数)×欠勤日数			
⑨ ②の期間に対する通勤手当の支払いの有無	支給なし ・ 全部支給あり ・ 一部支給あり ※ありの場合は⑩欄も記入してください。		
⑩ 支給した通勤手当の内訳 <small>(いずれかに○をして金額を記入してください)</small>	日額支給	出勤日のみ ・ 出勤日と有給休暇のみ (日額: 円)	
	定期券代支給	当月払い ・ 前払い (支給額: 43,490 円)	
	(対象期間: 平成 31 年 4 月 1 日～ 平成 元年 6 月 30 日)	(支給日: 平成 31 年 3 月 20 日)	
	(対象期間: 平成 年 月 日～ 平成 年 月 日)	(支給日: 平成 年 月 日)	
精算済の場合	算出式: 43,490 - 30,960 = 12,530 (控除日: 平成 元年 6 月 20 日)		
⑪ ②の期間に対する報奨金等 <small>(賞与を除く)の支払いの有無</small>	支給なし ・ 支給あり ※ありの場合は⑫欄も記入してください。		
⑫ 支給した報奨金の内訳	報酬の名称	支給額	支給対象期間
	特別手当	50,000 円	平成 31 年 4 月～ 平成 元年 6 月
支給日: 平成 元年 7 月 20 日			
⑬ うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 元年 7 月 20 日			
〒164 - 〇〇〇〇			
事業所の所在地	東京都中野区〇-〇-〇〇		
事業所の名称	株式会社〇〇〇〇通信		
事業主氏名	代表取締役社長 〇〇 〇〇	電話	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇

※第1回目の請求時は、申請期間に関する出勤簿・賃金台帳の写しを必ず添付してください。

傷病手当金支給申請書 (その3)

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を 書 く と こ ろ	① 患者氏名	通信 太郎																																			
	② 傷病名	左鎖骨複雑骨折																																			
	③ 発病または負傷の原 因	自転車を運転していて縁石に乗り上げてしまい転倒した																																			
	④ 発病または負傷の年 月 日	昭和 平成 令和	元	年	5	月	12	日	⑤ 診療開始日	昭和 平成 令和	元	年	5	月	12	日																					
	⑥ 療養費の別 (いずれかに○をしてください)	<input checked="" type="radio"/> 健保	公費()										⑦ 転 帰 (いずれかに○をしてください)	<input checked="" type="radio"/> 治癒	中止																						
		<input type="radio"/> 自費	その他											<input type="radio"/> 繰越	<input type="radio"/> 転医																						
	⑧ 労務不能と認めた期間	平成 令和	元	年	5	月	12	日	から	平成 令和	元	年	5	月	31	日	まで	20	日間																		
	⑨ 診療実日数	5	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	<input checked="" type="radio"/> 12	<input checked="" type="radio"/> 13	<input checked="" type="radio"/> 14	<input checked="" type="radio"/> 15	<input checked="" type="radio"/> 16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	<input checked="" type="radio"/> 26	27	28	29	30	31	計	6	日
			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
			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
	⑩ ⑧期間中の入院期間	平成 令和	元	年	5	月	12	日	から	平成 令和	元	年	5	月	16	日	まで	5	日間																		
		平成 令和	年	月	日	から	平成 令和	年	月	日	まで	日間																									
	⑪ ⑧期間中における傷病の主症状および経過、治療内容、療養指導等 (手術をした場合は手術名称および手術日もご記入ください。)	5/12左肩の痛みを訴え来院。鎖骨部の皮下出血、圧痛の症状を認め、レントゲン撮影により左鎖骨部が複雑骨折していることを認めた。 5/13に同患部に対し、プレート固定術を施行した。																																			
	⑫ 投薬について (いずれかに○をしてください)	<input checked="" type="radio"/> あり	(3 日分処方)	頓服(痛止め)									<input type="radio"/> なし	(理由:)																							
	⑬ 通院指導について (いずれかに○をしてください)	<input checked="" type="radio"/> あり	(10 日毎)										<input type="radio"/> なし	(理由:)																							
	⑭ 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	5/13に左鎖骨部プレート固定術を施行した。 鈍痛が継続していること、術後しばらくの間は、腕を無理に可動すると骨融合の遅れにつながるため、退院後も、自宅安静が必要であると判断した。																																			
⑮ 人工透析又は人工臓器等を装着したとき	人工透析開始日: 平成・令和 年 月 日																																				
	人工臓器装着日: 平成・令和 年 月 日 種類: 人工肛門・人工関節・心臓ペースメーカー・その他()																																				
⑯ うえのとおり相違ありません。	令和 元 年 6 月 5 日																																				
	〒 351 - 〇〇〇〇																																				
医療機関の所在地	埼玉県朝霞市〇-〇-〇〇																																				
医療機関の名称	〇〇〇〇病院																																				
医師氏名	〇〇 〇〇 電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇																																				

《療養担当医の方へお願い》

②: 複数の傷病名がある場合、主たる病名より順にご記入ください。

⑧: 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。

⑪⑭: 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。