健康保険

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 被保険者等記号・番号（退職後の申請時は在職中の記号・番号）	記号	番号	② 被保険者（申請者）氏名	フリガナ	第　回
	③ 被保険者（申請者）住所	〒　－			日中の連絡先　（　）	
	④ 生年月日	昭和・平成　年　月　日（　歳）				
	⑤ 事業所名称（退職後の申請時は在職中の事業所名称）			⑥ 被保険者の職種（退職後の申請時は在職中の職種）		
	⑦ 傷病名			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・無	
	⑧ 傷病又は負傷の年月日	平成 令和　年　月　日		⑨ 発病又は負傷の原因		
	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）	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで				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	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで				報酬額　円
	⑫ 年金受給している場合 あ 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
		受給年月日	平成 令和　年　月　日	年金証書の記号番号		
	い 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	
		受給年月日	平成 令和　年　月　日	基礎年金番号及び年金コード		
	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。 ※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。		令和　年　月　日 被保険者氏名		

被保険者の口座に振込む場合				
⑭ 振込先	指定銀行	銀行・金庫・信組・農協 漁協・その他（　）	本店・支店・代理店 出張所・本所・支所	
		金融機関コード（　）	支店番号（　）	
	口座の種類	普通・当座・その他（　）	口座番号（※右詰めで記入）	
	被保険者氏名（口座名義人）	フリガナ		
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。 代理人氏名		

※備考		受付

傷病手当金支給申請書（その2）

事業主が証明するところ

① 被保険者氏名	
② 労務に服さなかった期間	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日 まで　日間

③ 勤務状況

【出勤は〇】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。

		出勤	有給
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	日	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	日	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	日	日

④ 給与の種類（いずれかに〇をして金額を記入してください）	月給 ・ 時間給 ・ その他（　　）		基準額（　　円）	
⑤ 給与締日と支給日 勤怠締日と控除日	給与	毎月　日締 / 当月 ・ 翌月　日払	勤怠	毎月　日締 / 当月 ・ 翌月　日控除
⑥ 所定休日（所定休日に〇をしてください）	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（通勤手当を除く）	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

報酬の名称	基本額	令和　年　月　日～ 令和　年　月　日分 支給額	令和　年　月　日～ 令和　年　月　日分 支給額
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円

賃金計算方法（欠勤控除計算方法）

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（いずれかに〇をして金額を記入してください）

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:　円）
	（対象期間: 令和　年　月　日～ 令和　年　月　日）（支給日: 令和　年　月　日）
	（対象期間: 令和　年　月　日～ 令和　年　月　日）（支給日: 令和　年　月　日）
精算済の場合	算出式:　（控除日: 令和　年　月　日）

⑪ ②の期間に対する報奨金等（賞与を除く）の支払いの有無	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	支給日
	円	令和　年　月 ～ 令和　年　月	令和　年　月　日

⑬ うえのとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日

〒　－

事業所の所在地

事業所の名称

事業主氏名　　電話　（　　）

※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				
② 傷病名				
③ 発病または負傷の原因				
④ 発病または負傷の年月日	平成 令和　　年　　月　　日	⑤ 診療開始日	平成 令和　　年　　月　　日	
⑥ 療養費の別 （いずれかに〇をしてください）	健保　公費（　　） 自費　その他	⑦ 転帰 （いずれかに〇をしてください）	治癒　中止 繰越　転医	
⑧ 労務不能と認めた期間	令和　　年　　月　　日 から 令和　　年　　月　　日 まで　　日間			
⑨ 診療実日数	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	
	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	令和　　年　　月　　日 から 令和　　年　　月　　日 まで　　日間			
	令和　　年　　月　　日 から 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。）				
⑫ 投薬について （いずれかに〇をしてください）	あり　（　　日分処方） なし　（理由：　　）			
⑬ 通院指導について （いずれかに〇をしてください）	あり　（　　日毎） 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				
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。 〒　　－ 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師氏名	令和　　年　　月　　日 電話　（　　）			

≪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。

記入上のご注意

傷病手当金は、病気やケガのために労務不能となり、給与の支給がなくなった場合に被保険者とその家族の生活を保障するための保険給付ですので、**給与の締日に合わせて1か月毎**に申請してください。

（共通事項）

・〇〇日間と記載する欄は、両端を入れて間違いなく計算してください。
例えば、4月15日から4月20日までは、6日間となります。（5日間ではありません。）

（被保険者が記入するところ）

・①は、「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書（健康保険証）」のいずれかでご確認ください。ただし、申請期間が喪失後もしくは任意継続取得後の場合は、在職中の記号番号を記入してください。
・⑥は、「事務員」「営業」「システムエンジニア」「プログラマー」等と具体的に記入してください。なお、退職後の期間を申請される場合は、在職中の職種を記入してください。
・**⑨は、傷病名がケガの場合は「負傷原因届」をこの申請書に添付してください。**
・⑫は、障害（厚生）年金、障害手当金または退職後に年金（国民年金・厚生年金・共済年金）を受給（申請中を含む）しているとき記入してください。

（保険給付金の振込先について）

・⑭または⑮どちらかを選択し、記入してください。
・振込先が被保険者（申請者）の口座の場合は、⑭のみ記入してください。
・事業主の選定した保険給付金受領代理人口座へ振込を希望する場合は⑮のみ記入をしてください。

（事業主が証明するところ）

・第１回目の申請については、その期間に関する出勤簿（写）および賃金台帳（写）を必ず添付してください。（第２回目以降の申請についても、報酬の支払いがある場合、給与の締日での申請でない場合等、提出をお願いする場合があります。）
・被保険者の資格を喪失した後の期間に係る申請であるときは事業主の証明は必要ありません。
・⑧は、賃金台帳の控除額や支払額の根拠が分かるよう、計算式を記入してください。記入欄が不足する場合は賃金台帳に直接書き入れてください。
・⑬の証明日は、労務に服さなかった期間の**給与締め日以降の日付**にて証明してください。

（療養を担当した医師が意見を書くところ）

・⑧は、治療期間ではなく、療養のため労務に服することができなかったと認められた期間を記入してください。また、**証明日以前の期間**を記入してください。
・⑪は、症状および経過をなるべく詳しく記入してください。特に手術をした場合は、手術の名称および手術日も記入してください。
・⑮は、人工透析または人工臓器等を装着したときは、開始日または装着日を記入してください。なお、人工臓器等を装着したときは、「人工臓器等の種類」を〇で囲んでください。

＜お問合せ先＞
通信機器産業健康保険組合
給付課 TEL 03-3242-5452