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 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 埼玉県朝霞市〇〇〇1－2－3		日中の連絡先 〇〇〇 （〇〇〇 ）〇〇〇〇	
④ 生年月日	（昭和）・平成 49 年 10 月 22 日（ 50 歳）			
⑤ 事業所名称（退職後の申請時は在職中の事業所名称）	株式会社〇〇〇〇		⑥ 被保険者の職種（退職後の申請時は在職中の職種）	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 ・（無）
⑧ 発病又は負傷の年月日	平成（令和） 5 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）	令和 5 年 5 月 12 日から 令和 5 年 5 月 31 日まで			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	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 5 年 6 月 10 日

被保険者氏名

通信 太郎

被保険者の口座に振込む場合

⑭振込先

指定銀行	〇〇〇	（銀行）・金庫・信組・農協 漁協・その他（ ）	〇〇〇	本店・（支店）・代理店 出張所・本所・支所				
	金融機関コード（ 〇〇〇 ）		支店番号（ 〇〇〇 ）					
口座の種類	（普通）・当座・その他（ ）	口座番号（※右詰めで記入）	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	通信　太郎
② 労務に服さなかった期間	令和 5 年 5 月 12 日 から 令和 5 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。

		出勤	有給
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	6 日	0 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○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（ 200,000 円）	
⑤ 給与締日と支給日 勤怠締日と控除日	給与：毎月 末 日締 / 当月 ・ 翌月 20 日払	勤怠：毎月 末 日締 / 当月 ・ 翌月 20 日控除	
⑥ 所定休日（所定休日に○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

	令和 5 年 5 月 1 日～ 令和 5 年 5 月 31 日分	令和　年　月　日～ 令和　年　月　日分
報酬の名称 / 基本額	支給額	支給額
住宅手当 / 25,000 円	25,000 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）

（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（いずれかに○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: 43,490 円）
（対象期間: 令和 5 年 4 月 1 日～ 令和 5 年 6 月 30 日）（支給日: 令和 5 年 3 月 20 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: 43,490 − 30,960 = 12,530　（控除日: 令和 5 年 6 月 20 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
特別手当	50,000 円	令和 5 年 4 月 ～ 令和 5 年 6 月	令和 5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 5 年 7 月 20 日

〒164 − ○○○○

事業所の所在地　東京都中野区○−○−○○

事業所の名称　株式会社○○○○通信

事業主氏名　代表取締役社長　○○　○○　　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	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	平成 令和（○）　5 年　5 月　12 日	⑤ 診療開始日	平成 令和（○）　5 年　5 月　12 日	
⑥ 療養費の別（いずれかに○をしてください）	健保（○）　公費（　　）　自費　その他	⑦ 転帰（いずれかに○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　5 年　5 月　12 日 から　令和　5 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 12（○） 13（○） 14（○） 15（○） 16（○） 17 18 19 20 21 22 23 24 25 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	令和　5 年　5 月　12 日 から　令和　5 年　5 月　16 日 まで　5 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。）	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）	あり（○）（　3　日分処方）　頓服（痛止め） 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）	あり（○）（　10　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	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　5 年　6 月　5 日

〒 351 －○○○○

医療機関の所在地　埼玉県朝霞市○－○－○○

医療機関の名称　○○○○病院

医師氏名　○○　○○　　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。