

傷病手当金請求書① (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	事業所名	業務内容
	資格取得年月日	年 月 日		氏名(請求者)	(印)
	病気やけがの為 仕事を休んだ期間 (請求期間)	年 月 日から 年 月 日まで () 日間		住 所	〒
	傷 病 名			連 絡 先	() -
	発病または 負傷の原因	(いつ) 年 月 日(曜日) 午前 時頃 午後 時頃		生年月日	昭和・平成 年 月 日生
		(どこで) 自宅・職場・通勤中 その他()		第三者行為によるものですか 1. はい 2. いいえ	
(何をしていて・どうした)		「1.はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を添付 老齢・退職を事由とする公的年金の受給はありますか (例:老齢厚生年金) 1. ある 2. ない 3. 手続中 障害厚生年金・障害手当金の受給はありますか 1. ある 2. ない 3. 手続中			
銀 行 金 庫 農 協	本 店 支 店 出 張 所	普通	口座番号		
銀 行 保 険 者	(フリガナ)	口座名義			
マイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載してください。当健保にマイナンバーの届出がない方は、マイナンバーカード(両面写)を添付してください。なお、マイナンバーカードをお持ちでない方は、通知カード(写)またはマイナンバー付きの住民票と運転免許証等の顔写真付きの身分証明(写)を添付してください。 <input type="checkbox"/> マイナンバー記載の本申請書提出を事業主へ委任します。(事業主経由にて申請の場合、レ点)					
備 考					

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 証 明 す る 欄	傷病名	発病又は負傷の日	年 月 日	発病又は 負傷の原因		
	労務不能と 認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	療養開始年月日	年 月 日	区 別	
			期間中の診療実日数	日	左記期間中 の入院期間	業務上・業務外 年 月 日から 年 月 日まで
	傷病の主症状及び経過状況 (労務不能期間における症状、療養指導、手術をした場合は名称と年月日など、できるだけ詳しく記入してください)			転 帰	治癒・継続・中止・転医	
	今後、労務不能と認められる期間及び意見			この欄に記入したことは、事実に相違ない事を証明します。 年 月 日 医療機関 所在地 名 称 医師氏名 (印) 電話番号		

健 康 保 険 組 合 処 理 欄	支 給 額	円	支 給 日	年 月 日	常務理事	確認	確認	担当	
	支 給 期 間	年 月 日から	日間	支給開始日	年 月 日				
		年 月 日まで		支給満了日	年 月 日				
	不支給期間と その理由	年 月 日から	日間	前回始め	年 月 日	資格 取得	年 月 日		
		年 月 日まで		前回終了	年 月 日				
	支給額計算	()				標準報酬月額		千円	
円 × $\frac{2}{3}$ × 日間 = 円					<input type="checkbox"/> 事業主証明用に記入				
受付日付印									

請求時には、傷病手当金請求書②(事業主証明用)を同時にご提出ください。(任意継続被保険者、資格喪失後の給付の場合は提出不要)