

※電子メールでの受付は行っておりません。会社の人事担当に提出して下さい(退職後の方は健保へ直接郵送して下さい)。

※用紙はA3サイズです。A3サイズ以外では受付を行っておりません。

健康保険組合記入欄	支払年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	課長	係長・主任	担当者
	支払額	円					
	支給決定の額	法定	日額	日数	円	資格	取得
健康保険組合記入欄	支給期間	法定	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	日間	千円	
	前回の支給期間	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	日間	千円		
	初回のみ待期間	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	日間	千円		

健保が記入します

どちらか片方を選択し記入

被保険者が記入するところ	金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義(カタカナ)
	〇〇▲▲銀行	南池袋	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	◎◎××△△□	ケンボ タロウ
被保険者が記入するところ	振込口座	(ゆうちょ銀行の場合) 通帳記号	通帳番号	口座名義(カタカナ)	
	ゆうちょ銀行			(ご自分の口座に振込の場合はこちらを記入)	
被保険者が記入するところ	委任状(受領を代理人に委任する場合のみ記入)	本請求に基づく支給金に関する受領を下記の者に委任します。 令和 年 月 日			
	代理人 氏名	(受領を代理人に委任する場合はこちらを記入)			

健康保険 傷病手当金 請求書 (第 1 回目)

被保険者証の記号—番号	1 0 1 — 2 3 4 5 6	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 〇〇年 〇月 〇日
被保険者の氏名	健保 太郎	事業所名(会社名)	東武百貨店 池袋店
被保険者の住所	〒171-00△△ 東京都豊島区西池袋〇-〇〇-〇	連絡先(自宅又は携帯)	090 - 〇〇〇〇 - ××××
傷病名(1つの記入欄に複数の傷病名を記入しないで下さい)	1) ×足〇〇骨折 2) 3)	初診日	1)平成・令和 〇〇年 〇月 〇日 2)平成・令和 年 月 日 3)平成・令和 年 月 日
該当の傷病は病気(疾病)ですか、怪我(負傷)ですか	<input type="checkbox"/> 病気 <input checked="" type="checkbox"/> 怪我	(発症時の状況)	朝、出勤前に自宅の階段で足を滑らせて転倒・落下し、×足を骨折した
療養のため休んだ期間(申請期間)	平成・令和 〇〇年 〇月 〇日 から 平成・令和 〇〇年 〇月 〇日 まで	あなたの仕事内容(具体的に)(退職後の申請の場合は、退職前の仕事内容)	
あなたの仕事内容(具体的に)	販売、接客		
申請期間の報酬について	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 今後受ける <input checked="" type="checkbox"/> 受けない		
「障害厚生年金」または「障害年金」を受給していますか	<input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> 受給していない	傷病名	基礎年金番号
労災保険の休業補償を受給していますか	<input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 労災申請中 <input checked="" type="checkbox"/> 受給していない	支給開始年月	年金額(年額)
任意継続被保険者・資格喪失者の方のみ記入	※退職をされた方(資格喪失者または任意継続被保険者)は、必ず記入してください。		
介護保険のサービスを受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名称
過去に傷病手当金を受給したことはありますか	<input checked="" type="checkbox"/> 受給したことがある <input type="checkbox"/> 受給したことはない	傷病名	健康保険組合名
関係諸機関に照会することへの同意	※第1回目の申請時のみ、必ずご記入ください。2回目以降は記入する必要はありません。		
東武流通健康保険組合 理事長殿	私は、貴組合が傷病手当金の支給について関係諸機関に、加入期間・給付記録・療養の給付記録・診療状況に関する情報等の照会を行うこと、また関係諸機関が照会に関する回答を貴組合に対して行うことに同意いたします。なお本書の写しも有効といたします。(関係諸機関とは前加入保険者、医療機関、年金事務所等をさします。)		
令和 〇 年 〇 月 〇 日	氏名	健保 太郎	
東武流通健康保険組合では、関係諸機関から得た情報を傷病手当金支給の目的以外には利用いたしません。			

※退職をされた方(資格喪失者または任意継続被保険者)は、必ず記入してください。

※第1回目の申請時のみ、必ずご記入ください。2回目以降は記入する必要はありません。

健保印

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで	左の期間の内
		日間	出勤 日 有給休暇 日
事業主が証明するところ	上記の期間中の分として報酬を全額もしくは一部を支給する場合		
	支給した(する)賃金内訳	期間	月 日 日
事業主が証明するところ	現在までもまたは将来も支給しない場合はその旨		
	上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日	
事業主が証明するところ	住所		
	事業主の氏名		
事業主が証明するところ	電話番号		
	※勤務実績表の写しは毎回添付してください。賃金台帳の写しは1回目は必ず添付、2回目以降は報酬を支給している時は添付してください。		

会社が記入します

療養を担当した医師が意見を書くところ	傷病名	発病または負傷の原因		
	発病または負傷の年月日	平成・令和 年 月 日		
療養を担当した医師が意見を書くところ	療養の給付を開始した年月日(初診日)	平成・令和 年 月 日		
	労務不能と認められた期間	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで	日間	
療養を担当した医師が意見を書くところ	診療実日数(労務不能と認められた期間の内)	労務不能と認められた期間の内、入院した期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	
	労務不能と認められた期間の、傷病の主症状および経過概要について、治療内容・検査結果・療養指導など詳しく			
療養を担当した医師が意見を書くところ	上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日		
	住所			
療養を担当した医師が意見を書くところ	医療機関名			
	医師 氏名			
療養を担当した医師が意見を書くところ	電話番号			
	健保受付日付印			

担当の医師(病院)に記入してもらって下さい