

※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)。

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	円	日額	日数	円	資格取得年月日
	付加	円					資格喪失年月日
支給期間	法定	平成・令和 年 月 日	～	平成・令和 年 月 日	日間		千円
付加	平成・令和 年 月 日	～	平成・令和 年 月 日	日間			千円
前までの支給期間	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

健康保険 傷病手当金 請求書 (第 回 目)

被保険者証の記号—番号	—	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
被保険者の氏名	(印)	事業所名(会社名)	
被保険者の住所	〒 連絡先(自宅又は携帯) - -		
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) 平成・令和 年 月 日	初診日	1) 平成・令和 年 月 日
	2) 平成・令和 年 月 日		2) 平成・令和 年 月 日
	3) 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 (発症時の状況)	<input type="checkbox"/> 怪我	
療養のため休んだ期間(申請期間)	平成・令和 年 月 日 から	平成・令和 年 月 日 まで	日間
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)			
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 type="checkbox"/> 受けない		
「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか	<input type="checkbox"/> 受給している	傷病名	基礎年金番号
	<input type="checkbox"/> 請求中	支給開始年月	年金額(年額)
	<input type="checkbox"/> 受給していない	平成・令和 年 月	円
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	(支給元(請求先)の労働基準監督署名)	労働基準監督署
	<input type="checkbox"/> 労災申請中 <input type="checkbox"/> 受給していない		
任意継続被保険者・資格喪失者の方のみ記入	<input type="checkbox"/> 受給している	基礎年金番号	年金コード
老齢または退職を理由とする公的年金を受給していますか	<input type="checkbox"/> 請求中	支給開始年月	年金額(年額)
	<input type="checkbox"/> 受給していない	平成・令和 年 月	円
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 type="checkbox"/> 受給したことがある	傷病名	健康保険組合名
	<input type="checkbox"/> 受給したことはない		
関係諸機関に照会することへの同意 ※第1回目の申請時は、必ずご記入ください。			
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 年 月 日	氏名	(印)	
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。			

※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。

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)
	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				
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				
	被保険者(請求者)	氏名	(印)		
	代理人	住所	(印)		
		氏名			

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	日間	出勤 日
				有給休暇 日
	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 月 日 日	～ 月 月 日 日	～ 月 月 日 日
	支給額	円	円	円
	支払日	月 日	月 日	月 日
	日額	円	円	円
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			
	住所	(印)		
	事業主の氏名			
	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。				

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
	労務不能と認めた期間	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで 日間
診療実日数(労務不能と認めた期間の内)	労務不能と認めた期間の内、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		
労務不能と認めた医学的な所見について(本来の業務に就けない具体的な理由)。		
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	
	医療機関名	
医師	氏名	(印)
	電話番号	
健保受付日付印		