

| | | | | | | | |
|---------------|---------|---------|-------|--------|-------|-----|-------|
| 支給 決議 書 | 同 年 月 日 | 年 月 日 | 常務理事 | 事務長 | | 担当 | |
| | 支給金額 | | 円 | | | | |
| | 内訳 | 傷病手当金 | 円 | 資格取得 | 年 月 日 | 前 始 | 年 月 日 |
| | | 傷病手当付加金 | 円 | 資格喪失 | 年 月 日 | 回 終 | 年 月 日 |
| | 支給開始 | | 年 月 日 | 標準報酬月額 | | 千 円 | |
| 支給期間 | 自 年 月 日 | 至 年 月 日 | 日間 | | | | |

健康保険 傷病手当金・傷病手当付加金 請求書 (第 回 目)

1 / 2 頁

| | | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------|-------------------|----------------|-----|
| 被 保 険 者 の 記 入 欄 | 被保険者の 記号と番号 | 11 12345 | 被保険者の 氏名 | 健保 太郎 | | |
| | 被保険者の現住所 及び連絡先 | 〒 *** - *** 大阪府高槻市●●町 1 - 1 | | TEL | ** (****) **** | |
| | 事業所の名称 | サンスター(株) | | | | |
| | 被保険者の資格を取 得した年月日 | 昭和 50 年 4 月 1 日 | 業務の種別 (具体的に) | マーケティング | | |
| | 発病又は負傷の 年 月 日 | 令和 元 年 5 月 11 日 | 傷病名 | 骨折(大腿骨) | | |
| | 発病の状態又は 負傷の原因を詳しく | 休日、健康づくりのため、ジョギングをしていた 時、誤って転び負傷 | | 第三者行為に よるものですか | はい | いいえ |
| | 疾病又は負傷の療養を するため休んだ期間(労 務不能期間) | 令和 元 年 5 月 11 日から 31 日間 | 公的年金を受給 していますか | ※ はい いいえ 請求中 | | |
| | 労務不能期間中に 報酬を受けましたか | 令和 元 年 6 月 10 日まで | 年金等の種別 | 障害年金・障害手当金・老齢年金 | | |
| | 報酬を受けたとき はその期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | 受給額(年額) | 円 | | |
| | 金額 | 円 | 受給開始日 | 令和 年 月 日 | | |
| 労務不能期間中に入院 した期間がある場合 | 病院名 | ●●病院 | | | | |
| | 病院の所在地 | 大阪府高槻市▲▲町 3 - 3 | | | | |
| | 入院した期間 | 令和 元 年 5 月 11 日から 令和 元 年 5 月 12 日まで 2 日間 | | | | |

※ 年金等を受けた場合は、年金証書(写)と年金決定通知書・支給額変更通知書(写)を添付して下さい。

| | |
|-------------|---|
| 同 意 書 | サンスター健康保険組合 理事長 殿 |
| | 貴組合がこの請求の内容について医師、事業主等に照会することに同意します。 在職中は、所属する事業所を代理人と定め、傷病手当金の受領を委任します。 上記の内容に同意したうえで、傷病手当金を請求します。 |
| | 令和 元 年 7 月 1 日 氏名 健保 太郎 |

受付印

傷病手当金
傷病手当金付加金 請求書

| | | | | |
|---------------------|-------------------|-----------------|----------------|----|
| 事業主証明欄 | 労務に服さなかった期間 | | 令和 年 月 日 から | 日間 |
| | | | 令和 年 月 日 まで | |
| | 上記期間中の分として支払う報酬証明 | 全額支出 (出勤・有給) | 令和 年 月 日 から | 日間 |
| | | 一部支給 | 事業主の記入欄 | |
| 現在までも将来しない場合は | 金 円 | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | 令和 年 月 日 | |
| 所在地 | | | | |
| 事業所名 | | | | |
| 事業主名 | | | | |

| | | | | | |
|---------------------|--|-------------|---------------|-------------|----|
| 療養を担当した医師の証明欄 | 傷病名 | | 発病または負傷の原因 | | |
| | 発病又は負傷の年月日 | 令和 年 月 日 | 療養の給付を開始した年月日 | 令和 年 月 日 | |
| | 労務不能と認められた期間 | 令和 年 月 日 から | 日間 | 左の期間中の診療実日数 | 日間 |
| | | 令和 年 月 日 まで | | | |
| | 傷病の主症状及び経過概要・労務不能と認められた医学的な所見(具体的に詳しく) | | 医師の記入欄 | | |
| | 上記期間中に入院したことがある場合は、その期間 | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | 令和 年 月 日 | | |
| 所在地 | | | | | |
| 医療機関名 | | | | | |
| 医師名 | | | 印 | | |
| 電話 () | | | | | |

※退職者は振込先をご記入ください。

| | | | |
|--------|-----------------|--------|-----|
| 振込希望口座 | 銀行・金庫・農協 | | 支店 |
| | 普通・当座 (口座番号) | (フリガナ) | 口座名 |