

健康保険傷病手当金請求書（第 回） その1

※ 下記のとおり請求します。なお、給付金の受け取りについては事業主に委任します。（任意継続は除く）

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号と番号	記号 番号	被保険者氏名			
	事業所の名称					
	被保険者の業務の種類 (既に退職している場合は退職前の業務の種類)	詳しく				
	被保険者の郵便番号と現住所	〒 Tel () -				
	請求の原因となった傷病名	病気 <input type="checkbox"/>	発病の原因		発病の年月日	
					平成・令和 年 月 日	
			ケガ <input type="checkbox"/>			
			負傷(ケガ)は第三者の行為によるものですか はい (別途「負傷届・第三者行為用」を提出してください) ・いいえ (下欄に記入してください) <input type="checkbox"/>			
	負傷(ケガ)の原因・状況	(いつ) 平成・令和 年 月 日	(どこで)	(何をしていた、どのように負傷したか)		
	請求期間 (病気又はケガのため休んだ期間)	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間	請求期間に報酬の支給を受けましたか	ア. 一部受けた イ. 受けていない
障害厚生年金又は障害手当金を受けていますか?	ア. はい <input type="checkbox"/> (基礎年金番号)	イ. 請求中	ウ. いいえ	(障害厚生年金又は障害手当の受給の原因となった傷病名)	年金額 円	
※ 障害年金・障害手当金・老齢厚生年金等を受給されている場合は、その証書の写し及び直近の額がわかる書類を添付して下さい。						
任意継続被保険者の方及び資格喪失者の方						
老齢又は退職を事由とする公的年金をうけていますか	ア. はい <input type="checkbox"/> (基礎年金番号)	イ. 請求中	ウ. いいえ	年金額	円	
任意継続及び退職者は振込を希望する金融機関名と電話番号と預金口座番号	金融機関名 (郵便局は除く)		支店名			
	□座名義人 (カタカナ)		普・当 □座番号			
	□座名義人電話番号 ()					

傷病手当金支給開始日	平成・令和 年 月 日	資格喪失年月日	平成・令和 年 月 日
------------	----------------	---------	----------------

近畿日本鉄道健康保険組合理事長殿

本件支給決定してよろしいか			傷病手当金支給期間	傷病手当金支給額
常務理事	事務長	係	令和 自 年 月 日から 令和 日分 至 年 月 日まで	¥ 支給

健康保険傷病手当金請求書（第 回） その2

被保険者証の 記号と番号	記号	被保険者 氏 名	
	番号		

医師が意見を 書くところ	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	診療実日数	日	転 帰	ア. 継続 ウ. 治癒 令和 年 月 日	イ. 転移
	労務不能の原因となった傷病名 (症状の重い順に記載ください)							
	発病又は負傷の 年 月 日	平成・令和 年 月 日	発病又は負傷の原因					
	診療開始年月日	平成・令和 年 月 日	傷病は結核性ですか		ア. 結核性 イ. 非結核性			
	労務不能である旨の証明 (労務不能と認められた期間について、傷病の主症状及び経過を詳しく記入して下さい)							
上記のとおり相違ないことを証明いたします 令和 年 月 日								
医療機関の所在地								
医療機関の名称								
医師の氏名								
TEL () -								

事業主が証明 するところ	労務に服さな かった期間 (傷病手当金請求期間)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	左の期間に対して報酬を 支給しているかどうか	ア. 一部支給した
	報酬の一部を 支給した時 の期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間		イ. 支給していない
					令和 年 月 日
事業主 (代理人)					
職 氏 名					