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)

	被保険者証等 記号と番号	記号 番号	被保険者									
	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	Ŧ			Tel ()	_					
					発病の原因		発病の年	月日				
	請求の原因となった 傷病名		病気□	\Rightarrow			平成·令和 年 月	В				
如			•		負傷(ケガ)は第三者	 子の行為に	 よるものですか					
被保険者が			ケガロ	⇒はい	別途「負傷届:第三者行為 用」を提出してください) • 61613	え (下欄に記入して	ください)				
者が	負傷(ケガ)の 原因・状況	(NO)	(どこ	(で)	(何をしてい	て、どのよう	うに負傷したか)					
記		平成·令和 年 月	В									
ハす												
入するとこ	請求期間 (病気又はクガのため休んだ期間)	令和 年 月 令和 年 月	日 から 日 まで		請求期間に報酬 支給を受けました		ア. 一部受けた イ. 受けていない					
ころ		1	手金番号)	日間 (障害厚生年 た傷病名)	 金又は障害手当の受給の原因	lとなっ 年	金額					
	障害厚生年金又は障害手当 金を受けていますか?	イ.請求中		に扇内石)								
	金を受けていますか?	ウ. いいえ						Ħ				
	1											
		任意	意継続被保険者	背の方及び資	資格喪失者の方							
		ア. は い二 (基礎)	年金番号)		年 金 額							
	老齢又は退職を事由とする公 的年金をうけていますか	イ. 請求中										
		ウ. いいえ				Į.		円				
	任意継続及び退職者	金融機関名 (郵便局は除く)			支店名							
	は振込を希望する金 融機関名と電話番号	ロ座名義人 (カタカナ)			普•当 口座都	중号						
	と預金口座番号	口座名義人電話	番号	()							
平成・令和												
	傷病手当金支	給 開 始 日	年	月	資格喪失年	資格喪失年月日		В				

近畿日本鉄道健康保険組合理事長殿

本件支給	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	¥	支給
			至	年	月	日まで			

健康保険傷病手当金請求書(第 回) その2

被保険者証等	記号	被保険者	
記号と番号	番号	氏 名	

	労務不能と認めた期間	令和	年	月	В	から		診療実同	⊟数			転	帰	ア. 継続ウ. 治癒	イ. 🛊	运移
		令和	年	月	В	まで	日間				В			_{令和} 年	月	В
	労務不能の原因となった傷病名 (症状の重い)										はくださ	(1)				
		1														
医師が意見を書くところ	発病又は負傷の 年 月 日	平成	令和年	月	В	発病又は負傷の原因										
	診療開始年月日	平成	令和	月	В	傷病は結核性ですか		١		ア.	結核性	イ.	非結	核性		
		<u> </u>		/												
	労務不能である旨の記 (労務不能と認めた期間に て、傷病の主症状及び経過 しく記入して下さい)	つい														
	上記のとおり相違ないこ	ことを	証明いた	こします	đ							令和	年	月	E	3
	医療機関の所在	地														
	医療機関の名称															
	医師の氏名								Tel ()			_		

事業主が証器	労務に服さなか	令和	年	月	日から		左の期間に対して報酬を	ア. 一部支給した				
	った期間 (傷病手当金請求期間)	令和	年	月	日まで	日間	支給しているがどうか	۲.	支約	給してい	ない	
事業主が証明するところ	報酬の一部を支給した時間	令和	年	月	日から		事業主(代理人)		令和	年	月	
	期間	令和	年	月	日まで	日間	職 氏 名					