

健康保険傷病手当金請求書（第 10 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 88 | 被保険者 氏 名 | 健 保 一 郎 | |
| | 番号 □□□□ | | | |
| 事業所の名称 | 近 畿 日 本 鉄 道 株 式 会 社 | | | 赤字で記入している箇所を すべて記入してください。 (不明な箇所があれば 空白で結構です。) |
| 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 □ □ □ 列 車 区 車 掌 | | | |
| 被保険者の 郵便番号と 現 住 所 | 〒 □□□-□□□□ □□市□□区□□□丁目□番□□号 □□□□□マンション □棟□□□ Tel (□□□□) □□-□□□□ | | | |
| 請求の原因となった 傷病名 | 大腸がん | 発病の原因 | 発病の年月日 | |
| | | 不詳 | 平成・令和 30年12月 1日 | |
| | | 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) | | |
| 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 1 年 9 月 1 日から 令和 1 年 9 月 30 日まで | 30 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 (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 (基礎年金番号) イ. 請求中 ウ. いいえ | 年 金 額 | 1,000,000 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) | □□□□銀行 | 支店名 | □□支店 |
| | □座名義人 (カタカナ) | ケンポ イチロウ | 普・当 □座番号 | □□□□□□ |
| | □座名義人電話番号 | □□□ (□□□) □□□□ | | 任意継続及び退職者の方は 振込先を記入してください。 |
| 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 至 年 月 日まで | 日分 ¥ 支給 |

健康保険傷病手当金請求書（第 回） その2

太枠内の青色文字は
医師が記入します。

| | | | |
|-----------------|----------|-------------|---------|
| 被保険者証等 記号と番号 | 記号 88 | 被保険者 氏 名 | 健 保 一 郎 |
| | 番号 □□□□□ | | |

| | | | | | |
|--------------|-------------------|----------|-----------------|-----------------------------------|-------|
| 労務不能と認められた期間 | 令和 1 年 9 月 1 日から | 30 日間 | 診療実日数 1 日 | 転 帰 1. 継続 2. 治癒 令和 年 月 日 | イ. 転移 |
| | 令和 1 年 9 月 30 日まで | | | | |

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)

大腸がん

| | | | | |
|-------------------------|------------------|--------------------|-----------|---|
| 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 30年11月 1日 | 発病又は負傷の原因 | |
| | 診療開始年月日 | 平成・令和 30年11月 9日 | 傷病は結核性ですか | ア. 結核性 <input checked="" type="radio"/> 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)

上記疾病に対して、放射線化学療法を施行している。
症状は改善しているが、日常生活が出来るまでには
時間を要する見込みである。
依って上記期間を労務不能と認める。

令和 1 年 9 月 30 日

医療機関の所在地 □□市□□町□□□番地

医療機関の名称 □□□□□病院

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 イ. 支給していない |
| | 上記の期間中に 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 | 事業主 (代理人) 職 氏 名 | 令和 年 月 日 |