

# 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）

被保険者証の 記号と番号	記号 <b>88</b>	被保険者 氏 名	<b>健 保 一 郎</b>	
	番号 <b>□□□□□</b>			
事業所の名称	<b>近 畿 日 本 鉄 道 株 式 会 社</b>		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 <b>□ □ □ 列 車 区 車 掌</b>			
被保険者の 郵便番号と 現住所	〒 <b>□□□-□□□□</b> <b>□□市□□区□□□丁目□番□□号</b> <b>□□□□□マンション □棟□□□</b> Tel (□□□□) <b>□□-□□□□</b>			
請求の原因となった 傷病名	<b>大腸がん</b>	発病の原因	発病の年月日	
		<b>不詳</b>	<b>平成・令和</b> <b>30年12月 1日</b>	
		ケガ⇒ <b>はい</b> (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 <b>1</b> 年 <b>9</b> 月 <b>1</b> 日から 令和 <b>1</b> 年 <b>9</b> 月 <b>30</b> 日まで	<b>30</b> 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 <b>イ. 受けていない</b>
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) <b>イ. 請求中</b> <b>ウ. いいえ</b>	(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?	<b>ア. はい</b> (基礎年金番号) <b>イ. 請求中</b> <b>ウ. いいえ</b>	年 金 額	<b>1,000,000</b> 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)	<b>□□□□銀行</b>	支店名	<b>□□支店</b>
	□座名義人 (カタカナ)	<b>ケンポ イチロウ</b>	<b>普・当</b> □座番号	<b>□□□□□□</b>
	□座名義人電話番号 <b>□□□ (□□□) □□□□</b>			
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。

被保険者証の 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	ア. 継続 イ. 転移 リ. 治癒 令和 年 月 日
	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