

支給 決議	同年月日	・	・	取得年月日	・	・	常務理事	事務長	所属長	担当者	担当者
	支給額			喪失年月日	・	・					
	日額			傷病手当金額							
	支給開始日			円							
支給内訳											日間

事業所コード	事業所名
01	本社

## 傷病手当金請求書 (1回目)

事業所	所属長	担当者

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番号	フリガナ	ケンコウ タロウ	生年月日
	16 01	123456	被保険者氏名	健康 太郎	昭和 平成 〇〇 〇〇 〇〇
	被保険者の現住所	〒 000-0000 東京都〇〇区××1-2-3 (連絡先電話番号) 00 - 000 - 0000			
	傷病名	左足骨折			
	発病又は負傷の原因	平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 午前・午後 〇〇時 〇〇分頃 負傷・発病	第三者による負傷ですか?	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
		どこで 自宅で	業務上による負傷ですか?	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
		何をしていた 屋根を修理中に	通勤途上の負傷ですか?	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
		どのようにして負傷(発病)したか 誤って転落した			
	療養のため休んだ期間(今回の請求期間)	令和 〇〇 〇〇 〇〇 ~ 〇〇 〇〇 〇〇 日間			
	障害年金・障害手当金を受給していますか?	はい・請求中 <input checked="" type="radio"/> いいえ	年金・手当金を受給している方は、年金額・開始年月・受給事由の傷病名も記入してください 年額 円 開始年月 平成・令和 年 月から 傷病名		
老齢年金を受給していますか?	はい・請求中 <input checked="" type="radio"/> いいえ	年金を受給している方は、年金額と開始年月も記入してください 年額 円 開始年月 平成・令和 年 月から			
必要添付書類	年金を受給している方は、「年金証書の(写)」 「直近の額を証明する書類(年金改定通知書)」を提出してください 障害年金・手当金を受給している方は、「障害者手帳の(写)」も提出してください(傷病名記載あるページ必須)				
(注)障害年金・障害手当金・老齢年金等を受給している場合、傷病手当金は支給調整されますので、上記添付書類を必ず添付してください また、年金等の受給が判明した場合、年金受給後の傷病手当金は返還していただくこととなりますので、ご承知ください 上記のとおり請求します。 また今回の請求について、山崎製パン健康保険組合が医療機関及び関係機関に照会することに同意します。 本請求に基づく在籍期間中の傷病手当金の受領は代理人(事業主)に委任します。(在籍者の振込先は給与口座となります) 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 被保険者氏名 健康 太郎					

喪失(退職)者、任意継続被保険者、被保険者死亡時の請求者は直接振り込みとなりますので、振込先口座を記入してください 但し、事業所を通しての支払い希望の場合は記入不要です(給与口座へ振り込み) 口座は請求者名義のみとなります。					支払	決議	受付
振込先	銀行	支店					
	普通預金	口座番号	No.				
	名義人(カタカナ)						

### ※注意事項

請求について不備や不明な点がある場合、電話確認や照会をすることがありますので、日中連絡が取れる連絡先の記入を忘れずにしてください。  
また追加で書類の提出を求められることがあります。

事業主証明欄	証記号・番号	16 01	123456	氏名	健康 太郎			
	取得年月日	平成 令和 〇〇 . 〇〇 . 〇〇	喪失年月日	平成・令和	標準報酬月額	320 千円		
	労務に服さなかった期間	令和 〇〇 . 〇〇 . 〇〇 ~ 〇〇 . 〇〇 . 〇〇			〇〇 日間			
	※労務に服さなかった期間の給与明細と出勤台帳の写しを必ず添付してください							
	雇用区分	1. 社員 2. スキルドパートナー 3. 嘱託 5. 準社員 7. パート 8. 有期 9. アルバイト						
	勤怠の状況	令和 年 月 日 より 私傷欠 令和 年 月 日 より 休職 令和 年 月 日 より 復職 ( している・予定 )						
備考欄								

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 所在地 東京都千代田区岩本町3-10-1  
事業所 名称 山崎製パン株式会社  
事業所長名 事業 太郎

健康保使用欄	期 間	金 額	日 数	日 額
令和	・ ・ ~ ・ ・			
令和	・ ・ ~ ・ ・			
令和	・ ・ ~ ・ ・			
令和	・ ・ ~ ・ ・			
令和	・ ・ ~ ・ ・			

担当医師の意見欄	受診者名	健康 太郎				
	傷病名	左足骨折				
	傷病の主状態および経過概要 (詳しく)	レントゲンにより、左足骨折と診断。			転	治 癒
		ギプス固定し、現在はリハビリ中。				継 続
	発病又は負傷の原 因 (詳しく)	自宅の屋根を修理していたところ、誤って転落し、左足骨折。			帰	転 医
						中 止
	発病又は負傷年月日	平成 令和 〇〇 . 〇〇 . 〇〇	療養給付の開始年月日	平成 令和 〇〇 . 〇〇 . 〇〇		
労務不能と認められた期間	令和 〇〇 . 〇〇 . 〇〇 ~ 〇〇 . 〇〇 . 〇〇	〇〇 日間	左の期間中の診療実日数	〇〇 日間		
入院期間	令和 〇〇 . 〇〇 . 〇〇 ~ 〇〇 . 〇〇 . 〇〇	〇〇 日間	入院費用の別	健保 公費 自費・その他		
上記のとおり相違ありません。 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇						
医療機関		所在地	東京都〇〇区××3-4-5			
担当医氏名		名称	東京〇〇〇総合病院			
		名称	保険 二郎			

※医療機関名等ゴム印を押印ください

【医師へのお願い】

労務不能と認められた期間は、証明日以前の期間を記入してください。  
内容により、保険者より照会をさせていただくことがありますので予めご了承ください。  
訂正の際は、訂正印の押印をお願いします。