

傷病手当（付加）金請求書

（第 1 回）

(1) 被保険者の 記号と番号	記号	99	番号	150	(2) 被保険者氏名 (生年月日)	(S) H 55 年 5 月 5 日生) 健保 花	
(3) 被保険者の 現住所	〒 999-9999 富山市牛島新町5-1				休業中に連絡のつく電話番号、メールアドレスをご記入ください。		
(4) 被保険者の電話番号	090-999-9999				(5) メールアドレス	kenpo_hana@yahoo.co.jp	
(6) 事業所の名称	(株) * * * *				(7) 被保険者の 資格取得年月日	昭・平・令	2 年 4 月 1 日
(8) 被保険者の 業務の種別	SE				(9) 発病または 負傷の年月日	昭・平・令	2 年 9 月 7 日
(10) 傷 病 名	うつ病				(11) 発病または 負傷の原因	不明	
(12) 疾病または負傷の 療養をするために 休んだ期間	令和 3 年 5 月 10 日 から 令和 3 年 6 月 20 日 まで 41 日間（暦日数）				第三者行為によるもの / はい ☒ いいえ		
(13) 請求期間（12） の療養状況等	（病状等を詳しく記入してください） （治療・通院・服薬状況について記入してください）				休業中の症状や療養状況を詳しくご記入ください。		
(14) 「障害厚生年金」 または 「障害手当金」 の受給について	1. 受給中 2. 請求中 3. なし	1 または 2 の場合 (注)		①年金種別	障害厚生年金・障害手当金		
				②傷病名	気分障害		
				③支給開始年月日	平成 令和	3 年 3 月 1 日	
				④年金額	800,000 円		
注（注）国民・厚生年金証書のコピー、直近の年金振込通知書のコピーを添付してください。							
(15) 労災保険から 休業補償給付を 受けていますか	1. はい 2. 労災申請中（予定） 3. いいえ	1 または 2 の場合		申請先の労働基準監督署	労働基準監督署		
				いずれかを選択してください。			
(16) ☒ 本請求書の提出を事業主へ委任し、健康保険組合が審査結果を事業主に通知することに同意します。	・事業主証明を依頼するため、請求書を事業主へ提出するときは必ずチェックし、日付も記入してください。 ・事業主からの照会により、審査結果を事業主に通知する場合があります。 （任意継続被保険者が請求する場合は不要）						
	6月25日						
(17) 振込先選択欄	※希望する振込先に ☒ をご記入ください						
☐ 被保険者（請求者）の個人口座への振込	→ (18)に振込先を記入してください。						
☒ 私が勤務する会社（事業主）の口座への振込	→ 委任欄の被保険者欄に住所・氏名を記入してください。						
委任欄	私は、請求した傷病手当金・付加金の受領に関する権限を代理人へ委任します。						
被保険者	住所 富山市牛島新町5-1			代理人	住所 富山市牛島新町5-5		
	氏名 健保 花				氏名 (株) * * * *		
(18) 振込先 (委任払の場合は 事業主が記入)	銀行名	●●銀		被保険者（請求者）名義または事業主名義の 口座情報を正確にご記入ください。		* * * * *	
	支店名	△△支				力) * * * *	
備考欄							受付日付印

(19) 労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から	日間				
	令和 年 月 日 まで					
	以下の日を除く 					
※初回請求の場合は出勤簿写等を添付してください。						
(20) 上記の期間中の分として支払う報酬関係						
事業主が証明するところ	自 年 月 日	至 年 月 日	日間	支給額	日額 (必須)	
	R		R		円	円
	R		R		円	円
	R		R		円	円
	R		R		円	円
	R		R		円	円
	R		R		円	円
	R		R		円	円
	R		R		円	円
	R		R		円	円
	※支給額の計算元となる給与明細書等写は不要です。上記記載に基づいて支給決定いたします。					
(21) 現在までも、また将来も支給しない場合は ☒ をご記入ください						
☐ 上記（20）以外の期間につき、現在までも、また将来も支給しない。						
(22) 備考						
(23) 上記のとおり相違ありません。						
令和 年 月 日						
住所						
事業所名						
事業主名						
担当者氏名						
事業主が証明						

3/3	被保険者の 記号と番号	記号	99	番号	150	被保険者氏名	健保 花
-----	----------------	----	----	----	-----	--------	------

療養を担当した医師が意見を
書くところ
TIS
イン
テッ
ク
グ
ル
ー
プ
健
康
保
険
組
合

(24) 傷病名	①	(25) 療養の給付 開始年月日 (初診日)	① 平・令 年 月 日
	②		② 平・令 年 月 日
	③		③ 平・令 年 月 日
(26) 発病または 負傷の年月日	平成・令和 年 月 日	(28) 発病または 負傷の原因	
(27) 労務不能と 認めた期間	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで		
(29) うち入院した期間	令和 年 月 日から 日間	(30) 療養費用の別	☐ 健保 ☐ 公費 () ☐ 自費 ☐ その他
	令和 年 月 日まで 入院	(31) 転帰	☐ 治療 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 転医
(32) (27)の期間中の受診日及び入院した日を○で囲んでください。また診療日数を記入してください。			
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日
(33) 手術年月日	平成・令和 年 月 日		
(34) (27)の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）			
(35) (27)の期間中の通院および服薬指示の有無			
☐ 有り 通院指示 (週／ 回等) 服薬指示 ()			
☐ 無し 理由 ()			
(36) 経過症状からみて従来職種について労務不能と認められた医学的な所見			
(37) 上記のとおり相違ありません。			
令和 年 月 日			
医療施設 名称	医師が証明		
所在地			
医 師 氏名	電話番号		

※医療機関の名称・所在地はゴム印(スタンプ等)を使用してください。