

支給決定伺

常務理事	事務長	係

記入見本

受付日付印

必ず捺印してください。

保険証の記号・番号を記載してください。

健康保険傷病手当金請求書 (第 回)

①被保険者証の 記号番号	記号 3	②被保険者の氏名と印 日 興 太 郎	③生年月日 昭和・平成 52 年 8 月 5 日	④被保険者の 現住所 〒 343-0123 埼 玉 県 ○ ○ 市 △ △ 町 6 - 5 電話 048 ( 555 ) ×××× 番	⑤被保険者の資格を取得した日 昭 平・令 14 年 4 月 1 日
	番号 123456				
⑦全額支給した場合 または支給する場合	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで		円 (日額 円)		
⑧うえの期 間中の分と して支払う 報酬関係	①一部支給した場合 または支給する場合	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで	円 (日額 円)		
	②現在までももまた将来も 支給しない場合はその旨				
うえのとおり相違ないことを証明します。 事業主 住所 〒 氏名 電話 ( ) 番 この欄は、本人が記入せず、事業主に記入してもらってください。請求期間中に報酬(交通費他諸手当を含む)が発生する場合は、事業主の方は健保組合へご相談ください。					
⑧傷 病 名	病名は詳細に記入してください。		⑨被保険者の業務の種別 F A (契約B) 営業	⑩発病又は負傷の年月日 平・令 30 年 4 月 10 日	⑪第3者の行為によるものですか いいえ・はい
⑬疾病又は負傷の療養をする ため、休んだ期間(支給期間)	令和 1 年 5 月 10 日 から 令和 1 年 5 月 31 日 まで		22 日間		
⑭	①うえの⑬に書いた期間の分の報酬(賃金)を ②④⑥欄の記入についてF A・オペレーター ・契約社員の方は報酬とみなされる金額 が発生する場合がありますので、健保組合 にご相談のうえ、ご記入ください。	受けた・受けない・受けられる・受けられない		円	
	③報酬 の基礎になった(なる)期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日 までの分として		円	
⑮障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	いいえ・請求中・はい		⑯基礎年金番号	左の受給の原因となった傷病名	
⑰老人保健法の医療を 受けたとき	市町村番号	受給者番号	発行機関名		
⑰介護保険法のサービスを 受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名称		
任意継続被保険者・ 資格喪失者 の方	⑰老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか いいえ・請求中・はい		年金コード又は番号	年金額 円	
⑱ 支払指定金融機関 (郵便局は不可)	銀行名 ○ ○ 銀行		支店名 △ △ 支店		
	預金種別(どちらかに○) 普通 当座	口座番号 2 3 4 5 6 7 8	口座名義人(フリガナ) ニッコウ タロウ 日 興 太 郎		

※別載記入上の注意をよくお読みください。

事業主が証明する欄	⑱労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
	⑲うえの期 間中の分と して支払う 報酬関係	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 円 (日額 円)
	⑲現在までももまた将来も 支給しない場合はその旨	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 円 (日額 円)
うえのとおり相違ないことを証明します。 事業主 住所 〒 氏名 電話 ( ) 番 この欄は、本人が記入せず、事業主に記入してもらってください。請求期間中に報酬(交通費他諸手当を含む)が発生する場合は、事業主の方は健保組合へご相談ください。		

療養を担当した医師が意見を書くところ	⑳傷病名				
	㉑発病又は負傷の 原因				
	㉒発病又は負傷の 年月日	平・令 年 月 日	㉓療養の給付を 開始した年月日	平・令 年 月 日	
	㉔労務不能と 認められた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	㉕左の期間中 の診療実日数	日間	
	㉖傷病の主状態 及び経過概要 (詳しく)				
	㉗うえの期間中に 入院した期間がある 場合はその期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	㉘入院の 費用の別	健保・公費 自費・その他	
うえのとおり相違ありません。 医 師 住所(所在地) 〒 氏名 電話 ( ) 番 この欄は本人が記入せず、主治医の方に記入してもらってください。					

健保使用欄	全額支給期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間
	減額期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間 円減額
		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間 円減額
不支給期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	理由

