

健康保険傷病手当金請求書 (第 1 回目)

その1

大阪機械工具商健康保険組合理事長殿

◎記入するときは、裏面の注意事項をよく読んで誤りのないようにして下さい。

被 保 険 者 (請 求 者) が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	123 - 45	② 事業所 の名称	〇〇〇株式会社	③ 被保険者の 業務の種類	営業
	④ 被保険者(請求者) の氏名	健保 太郎			⑤ 被保険者の 生年月日	昭・平・令 55 年 5 月 5 日
	⑥ 被保険者(請求者) の住所・電話番号	〒 550-0013 大阪市西区新町〇-〇-〇			電話	06 (〇〇〇〇) 0215
	⑦ 請求期間 (病気又はけが のために休ん だ期間)	平・令 2 年 1 月 15 日から	平・令 2 年 2 月 29 日まで	⑧ 左の期間に 対して給料 を受けたか どうか	イ、全部受けた ロ、一部受けた ハ、全部受けられる ニ、一部受けられる ホ、受けられない	自 1 年 12 月 21 日 至 2 年 1 月 20 日 31 日分 302,000 円
	⑨ 傷病名及び傷病の経過	胃潰瘍		⑩ 負傷(ケガ)は第三者の行為によるものですか	⑪ 負傷(ケガ)の原因・状況	
	ケガ ⇨	はい いいえ 〔別途「負傷届」を 提出して下さい〕 〔右欄に記入 して下さい〕	⑫ 発病の原因	発病の年月日	(いつ) 年 月 日 時 分頃 (どこで) (何をしていた、どう負傷したか)	
	病気 ⇨	不詳	2 年 1 月 15 日			
	⑬ 障害厚生年金又は障害手当金を受けていますか	基礎年金番号		障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名		
	いいえ・請求中・はい ⇨					
任意継続被保険者の方及び資格喪失者の方						
	⑭ 老齢又は退職を事由とする公的年金を受けていますか	基礎年金番号		年金証書の記号番号	年金額	
	いいえ・請求中・はい ⇨				円	
	⑮ 振込先 金融機関	〇〇	銀行 金庫 組合 農協	〇〇	店 支店 出張所	口座預金種別 普通貯蓄 当座 別段 預金口座番号 〇〇〇〇〇〇〇
						預金口座名義人の氏名 フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎

医 師 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	患者氏名		労務不能の原因 となった傷病名	発病又は 負傷年月日	発病又は 負傷の原因	診療開始日
	労務不能と認めた期間		1 胃潰瘍	2 年 1 月 15 日	不詳	2 年 1 月 15 日
	平・令 2 年 1 月 15 日から	46 (日間)				
	平・令 2 年 2 月 29 日まで					
	上記期間のうち入院した期間		2			
平・令 2 年 1 月 15 日から	38 (日間)					
平・令 2 年 2 月 21 日まで						
診療実日 数	転 帰	(診療日を○で囲んでください)				
39日	7. 継続 4. 転医	1 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				
	7. 治癒	2 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				
	月 日	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				
	手術年月日	平・令 2 年 1 月 26 日	退院年月日	平・令 2 年 2 月 21 日		
	労務不能期間における「主たる 症状及び経過」「治療内容、 検査結果、療養指導」等をご 記入ください。	~~~~~				
	症状経過からみて従来の職 種について労務不能と認め られた医学的な所見をご記 入ください。	~~~~~				
	就労の見込みについて	ア. 3 月 1 日頃から就労可能見込み		イ. 現時点では不明		
	うえのとおり相違ありません。					
	令和 2 年 2 月 29 日	医療機関所在地	〇〇市〇〇町〇-〇-〇			
		医療機関名称	〇〇病院			
		医師氏名	電話 〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇			

受 取 代 理 人 の 欄	⑯ 本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。住所 令和 年 月 日 被保険者(請求者)の 氏名					
	代理人の氏名		被保険者(請求者)との関係		代理人の住所・電話番号等	
			〒		電話 ()	

傷病手当金事業主証明欄

その2

⑰ 被保険者証の 記号・番号	123 - 45	⑱ 被保険者 の氏名	健保 太郎		⑲被保険者の 業務の種類	営業	
⑳ ㉑の期間のうち 労務に服さな かった期間	平・令 2年 1月 15日から	46 日間		ただし	は出勤のため除く		
	平・令 2年 2月 29日まで			ただし	1/15 ~ 1/20 は有給休暇		
㉑ 職場復帰 しましたか	ア、欠勤中(証明日現在) イ 3月 1日から出勤 ウ、 月 日付で退職	㉒ ㉑の期間に対する 報酬を支給している かどうか	イ、 全額支給した ハ、 全額支給する ホ、 支給しない	ロ 一部支給した ニ、 一部支給する			
㉓ 報酬の支給形態		㉔ 報酬の締切日・支払 (締切日) (支払日)		㉕ 欠勤した場合の報酬の支払方法(控除計算方法)			
ア 月給制 イ、 日給月給制 ウ、 日給制 エ、 時間給制 オ、 その他 ()		20 25 日締め 日払い		・基本給は ア、控除しない イ、控除する(欠勤1日につき月額1/25控除する) ・諸手当は ア、控除しない イ、控除する() その他 (諸手当は、1ヶ月のうち出勤が0日のときは、支給しない)			
㉖ ㉑の期間中における報酬(今後支払う予定のものを含む)の支給額等について、報酬の締切ごとに記入して下さい							
		基本給	家族手当	役付手当	通勤手当	住宅 手当	手当
欠勤しなかった場合の 1ヶ月の報酬支払額		250,000円	10,000円	20,000円	1月、3か月分 12,000円	10,000円	円 円
事業主が証明するところ	1 月分	12/21~1/20 250,000円	12/21~1/20 10,000円	12/21~1/20 20,000円	12/21~3/20 12,000円	12/21~1/20 10,000円	/ ~ / 円 円
	2 月分	/ ~ / 0円	/ ~ / 0円	/ ~ / 0円	/ ~ / 円	/ ~ / 0円	/ ~ / 円 円
	3 月分	3/1 ~ 3/20 190,000円	/ ~ / 10,000円	/ ~ / 20,000円	/ ~ / 円	/ ~ / 10,000円	/ ~ / 円 円
㉗ 備考		通勤手当返金の予定なし					
㉘ うえのとおり相違ありません。 令和 2年 3月 28日 事業所の所在地 ○○市○○町○-○-○ 事業所の名称 ○○○株式会社 事業主氏名 ○ ○ ○ ○							