健康保険傷病手当金・傷病手当金付加金請求書（第１回）

（在職者が請求する場合

記載されている事項について記入してください。　③負傷の原因の場合は「第三者行為による傷病届」を添付してください。　⑤将来のことを「受けられる」「受けられない」に分けて二つの事項を○で囲んでください。　⑥㋑又は㋒の欄で「はい」又は「請求中」に○を付けた方のみ、基礎年金番号を記入してください。　⑦㋒の欄で「はい」に○を付けた方のみ、老齢退職年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類に記載されている年金コード又は記号番号もしくは番号を記入してください。　⑧振込先を毎回必ず記入してください。　⑨給付金の受領方を他人に依頼するときのみ、受取代理人の欄に必要事項を記入してください。　㋐請求書を提出するとき現在までのことを、「受けた」「受けない」に、また将来のことを「受けられる」「受けられない」にわけて○で囲んで下さい。　㋑㋒の欄は、それぞれ該当する文字を必ず○で囲んで下さい。

添付書類

㋑㋒の欄で「はい」に○を付けた方は、該当する年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類の写し及びその額及びその支給開始年月を証明する書類並びにその直近の額を証明する書類（年金額改定通知書等）を添付してください。

被保険者が記入するところ						
被保険者の記号・番号		生年月日		事業所の名称	①業務の種別	
1	222222	昭・平	22年1月1日	株式会社　三陽商会	販売員	
被保険者（請求者）の氏名及び同意欄	※　この申請に関し不明な点がある場合、健保組合から関係諸機関に照会することがあります。 後日本件については、貴組合に対して一切の異議申立てをしないことに同意した上で提出します。 平成21年4月1日 三陽　和子　㊞					
被保険者の住所	〒105-0022　港区海岸1ー2　汐留マンション102号					
電話番号	自宅	03(2222)2222	携帯	080(2222)2222	勤務先	03(6453)3400
傷病名	胃潰瘍		発病又は負傷年月日	平成21年3月頃日		
② 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		
③ 発病の状態又は負傷の原因を詳しく	食後、胃が痛むようになり病院へ行った			④第三者行為によるものですか いいえ・はい		
㋐傷病又は負傷の療養をするため休んだ期間(支給期間)	平成21年3月1日から平成21年3月31日まで　31　日間					
⑤ うえの㋐に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか	受けた　受けない 受けられる　受けられない	報酬の支払を受けた（受けられる）ときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった（なる）期間		平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで の分として　円		
㋑ 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか		⑥ 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						
資格喪失者又は任意継続被保険者	㋒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		
	㋐年金コード又は記号番号もしくは番号			年金額		
				円		
				円		
	年金の合計額			円		

⑧振込先						
○○○　銀行・金庫	△△△　本店・支店	預金種別	口座番号	名義	(ﾌﾘｶﾞﾅ)　サンヨウ　カズコ	
		普通・当座・その他	1111111		三陽　和子	

⑨受取代理人の欄			
本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 平成　年　月　日 被保険者以外の口座に振り込むときは⑨受取代理人の欄も記入してください。 被保（請求者） 氏名　㊞			
代理人の氏名と印	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ㊞	代理人の住所	〒　－ 電話　－　－

（事業主の記載要領）

⑩「全額支給」又は「一部支給」とは、一日当りの賃金の全額又は一部のことです。

（医師の記載要領）

⑪健康保険での療養の開始日を記入してください。
⑫できるだけ詳しく記入してください。手術をした場合は、名称と年月日を記入してください。
⑬医療機関の印でなく、医師の印を押印してください。

注意事項

字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消して氏名欄の認印を押し、その上に正しい字句を記入してください。

事業主に証明してもらいます。

事業主が証明する欄												
	労務に服さなかった期間	出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示してください。										
	年　月　日から 年　月　日まで 日間	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	出勤	有給	
		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									
										日	日	
	⑩うえの期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した場合又は支給する場合		自　年　月　日	至　年　月　日	日間	円	月　日支払日額	円				
			自　年　月　日	至　年　月　日	日間	円	月　日支払日額	円				
			自　年　月　日	至　年　月　日	日間	円	月　日支払日額	円				
			自　年　月　日	至　年　月　日	日間	円	月　日支払日額	円				
	現在までも又は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。 平成　年　月　日 住　所 事業主 氏　名　㊞ 電話　－　－											

病院で証明してもらいます。

療養を担当した医師が意見を書くところ					
	傷　病　名				
	発病又は負傷の年月日	平成　年　月　日			
	⑪療養の給付を開始した年月日				
	発病又は負傷の原因				
	労務不能と認めた期間	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで	日間	左の期間中の診療実日数	日間
	⑫傷病の主状態および経過概要				
	うえの期間中に入院した期間がある場合はその期間	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで	日間	入院の費用の別	健保・公費 自費・その他
	⑬うえのとおり相違ありません。 平成　年　月　日 住所（所在地） 医師　医療機関名 氏　名　㊞ 電話　－　－				

三陽商会健康保険組合

健康保険傷病手当金・傷病手当金付加金請求書（第１回）

退職後に請求する場合

ただし、被保険者期間が継続して 1 年以上あり、退職時に傷病手当金を受けている、または受給権がある場合請求できます。

添付書類

㋑㋒の欄で「はい」に○を付けた方は、該当する年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類の写し及びその額及びその支給開始年月を証明する書類並びにその直近の額を証明する書類（年金額改定通知書等）を添付してください。

被保険者が記入するところ

被保険者の記号・番号		生年月日	事業所の名称	①業務の種別
1	222222	(昭)・平 22 年 1 月 1 日	株式会社　三陽商会	販売員

被保険者（請求者）の氏名及び同意欄	※　この申請に関し不明な点がある場合、健保組合から関係諸機関に照会することがあります。 後日本件については、貴組合に対して一切の異議申立てをしないことに同意した上で提出します。 平成 21 年 4 月 1 日 三陽　和子　㊞
被保険者の住所	〒105-0022　港区海岸 1－2　汐留マンション 102 号

電話番号	自宅	03(2222)2222	携帯	080(2222)2222	勤務先	03(6453)3400

傷病名	胃潰瘍	発病又は負傷年月日	平成 21 年 3 月頃 日
② 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
③ 発病の状態又は負傷の原因を詳しく	食後、胃が痛むようになり病院へ行った		④第三者行為によるものですか いいえ・はい
㋐傷病又は負傷の療養をするため休んだ期間(支給期間)	平成 21 年 3 月 1 日から平成 21 年 3 月 31 日まで　31　日間		
⑤ うえの㋐に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか	受けた　受けない 受けられる　受けられない	報酬の支払を受けた（受けられる）ときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった（なる）期間	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで の分として　円

㋑ 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	⑥ 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		

資格喪失者又は任意継続被保険者		
	㋒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
	㋐年金コード又は記号番号もしくは番号	年金額
	111－111－111	800,000 円
	0001	36,000 円
	年金の合計額	円

⑧振込先			預金種別	口座番号	名義	
	○○○　銀行・金庫	△△△　本店・支店	普通・当座・その他	1111111		(ﾌﾘｶﾞﾅ) サンヨウ カズコ 三陽　和子

⑨受取代理人の欄

本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。

平成　年　月　日

被保険者以外の口座に振り込むときは⑨受取代理人の欄も記入してください。

代理人の氏名と印	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ㊞	代理人の住所	〒　－ 電話　－　－