

支給決定及支給伺	保険給付費		法定給付費		傷病手当金		円
	給付期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	待期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間			
	報酬日額	任意継続被保険者 又は 喪失者(退職者)の場合					始日
	常務理						月 日
							年 月 日

傷病手当金 請求書

被保険者証の記号・番号	記号 80	番号 123456	事業所の名称	株クボタ 本社 喪失 (又は 任意継続被保険者)		資格喪失日(退職日の翌日)	平成 30 年 4 月 1 日
傷病名	胃癌			発病又は負傷年月日	H29.12		
第三者行為によるものですか	はい → 「第三者行為による傷病届」一式をご提出ください。 いいえ → 自損事故(自転車事故を含む交通事故)の場合「自損事故による傷病届」(2枚)をご提出ください。						
発病又は負傷の原因	不詳 ※就業時間中・出勤途上の負傷は、原則、労災保険適用です。総務担当課へご確認ください。						
労務に服することが出来なかった期間	(和暦) 平成 30 年 10 月 16 日 から 平成 30 年 11 月 18 日 まで						
障害年金受給について	障害年金・障害手当金をうけていますか	はい いいえ ・ 請求中(「はい」の場合は下記を記入)					【障害年金】又は、【老齢年金】受給者については、下記①～③の写しを添付してください。(③については障害年金・障害手当金受給者のみ) ①年金証書 ②直近の年金振込通知書 ③身体障害者手帳(病名記載頁) ※金額に変更があった場合は、至急変更後の支給額がわかる書類を送付してください。
	障害年金・障害手当金の受給原因となった傷病名						
障害年金又は障害手当金の受給開始年月日と年金額	(和暦) 年 月 日	円/年					
任意継続被保険者・資格喪失者(退職者)の方	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	はい いいえ ・ 請求中(「はい」の場合は下記を記入)					
	年金制度名と受給開始年月日・年金額	年金制度名 老齢基礎年金	受給開始年月日 (和暦) H30年4月1日	年金額 1,500,000 円/年			
* 年金額が確定した後、支給額を証明する書類の写しを退職後初回の請求書に添付してください。							
雇用保険失業給付について	傷病手当金を請求される期間、雇用保険を受給していますか	はい ・ いいえ 延長中					
	* 雇用保険を受給する場合は、傷病手当金を受給することができません。 「いいえ」もしくは「延長中」の方は退職後、初回の請求書に次の証明書類を添付してください。 イ) 雇用保険受給を申し込みされていない方... 失業給付受給に関する誓約書、離職票I(写) 【雇用保険受給を延長しない理由...】 ロ) 雇用保険受給期間を延長されている方... 失業給付受給に関する誓約書、雇用保険受給期間延長通知書(写)						
現在の健康保険証について	※ 該当の番号に○をしてください。 1. クボタ健康保険組合の任意継続被保険者 2. 国民健康保険組合 (大阪市) 市区町村 } ※左記2~4のいずれかに該当する場合は、 <u>現在加入の保険証の写しを請求書にその都度、添付してください。</u> 3. 全国健康保険協会 () 支部の被扶養者 } 健康保険加入先へ確認させて頂くことがあります。 4. () 健康保険組合・共済組合の被扶養者						
クボタ退職者(任意継続被保険者を除く)は下欄を記入。在職者(クボタ・関連会社)・関連会社退職者は記入不要。							
振込希望銀行 ※ゆうちょ銀行は、お取り扱いしていません。	銀行名	銀行コード	支店名	支店コード	口座区分	口座No.	
	三井住友	9	難波	111	普通	1234567	
			名義	フリガナ			
			健保 太郎	ケンポ タロウ			

上記の通り請求します。また、下記の事項について異議なく同意致します。

- ①他の保険者から照会があった時、又は他の給付を行う時この請求書の内容を参考とする場合があること。
- ②クボタ健康保険組合が医師等へこの請求書の内容について照会する場合があること。
- ③原則、この請求書を事業主経由でクボタ健康保険組合に届け、当該給付金について事業主経由で受領すること。
(除く、任意継続被保険者)但し、請求時の資格状況によってはこの限りではないこと。

(和暦) **平成 30 年 11 月 22 日**

被保険者住所 〒556-1111 **大阪市浪速区〇〇〇-△△-××**

氏名 **健保 太郎**

TEL **〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇**

クボタ健康保険組合 理事長 殿

H31.4改訂

印

記号	80	番号	123456	氏名	健保 太郎
----	----	----	--------	----	-------

●各事業所担当者は請求期間全ての勤務表を必ず添付してください。
●訂正箇所については、事業主印（丸印）による訂正印が必要です。（毎回必須）

事業主証明	労務に服さなかった期間	(和暦) 年 月 日 から 年 月 日 まで		
	※上記、全期間中の報酬状況を下欄1~3のいずれかに記入し、最終日が休日になる場合は、休日明けの出勤状況に○をつけてください。→ 出勤・欠勤・有休・その他()			
	1~3のいずれか1つ該当するものに○をつける	1 全額支給	(和暦) 年 月 日 ~ 年 月 日 (月 日支払)	
		2 一部支給 (有休や飛び石勤務など、1日でも給与の支給がある場合)	(和暦) 年 月 日 ~ 年 月 日 (月 日支払)	
			任意継続被保険者や喪失者の場合記入不要	
			(和暦) 年 月 日 ~ 年 月 日 日までは出勤等の為、無給	
		(和暦) 年 月 日 ~ 年 月 日 日までは欠勤等の為、無給		
		(和暦) 年 月 日 ~ 年 月 日 日までは欠勤等の為、無給		
	3 全額不支給	欠勤等の為、無給		
	備考			
明	上記のとおり相違ないことを証明します。 (和暦) 年 月 日 住所 事業主 氏名 (印)			
欄々ボタ事業所担当者記入・捺印欄				
給与事業所コード	当該被保険者の事業所名称	担当課長印 担当者印		

●(未)労務不能と認められた期間以降に証明してください。
●訂正箇所の証明は受付できません。医師の訂正印が必要です。

療養を担当した医師の意見書	傷病名				
	発病又は負傷の年月日	(和暦) 年 月 日	発病又は負傷の原因		
	主病状及び経過の概要	医師の証明欄			
	診療開始日	(和暦) 年 月 日	診療終了日	(和暦) 年 月 日	全治繰越中止
	労務不能であると認められた期間	自 (和暦) 年 月 日 日間	至 年 月 日 日間	診療実日数 (原則、1ヶ月に1日以上あること)	日間
	上記期間中に入院した期間	自 (和暦) 年 月 日 日間	至 年 月 日 日間	復職可能見込年月日	(和暦) 年 月頃
	医療機関の住所・名称および医師の氏名・印	上記のとおり相違ありません。 (和暦) 年 月 日 所在地 医療機関の名称 医師氏名 (印)			