



健保組合	担当者

事業所	所属長	担当者

受付印

健保が記入するところ	支給金額							前回の支給期間	H・R 年 月 日から H・R 年 月 日まで
	支給期間	H・R 年 月 日から H・R 年 月 日まで (日間)	支給決定額	法定 給付	円 × 日 = 円			付加給付	円 × 日 = 円
					— = 円				

傷病手当金・傷病手当付加金請求書 (第 1 回)

被 保 険 者 の 請 求 書 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	2345 — 77777	被保険者氏名	三洋 次郎 印 三洋	
	被保険者の 住所・TEL	〒123 — △△△△ (TEL 06-1234-△△△△) 大阪府大阪市中央区高麗橋△-△-△			
	事業所名称	△△電機(株) 大東製造部			
	被保険者の 職業の種類・内容	(作業を含む仕事の場合、体のどこに負担がかかるのかも詳しくご記入下さい。) 部品の組み立て製造 , 部品を別のレーンに移動することがあり腕と腰に力が必要			
	傷病名	左大腿骨頸部骨折			
	発病(負傷)した 日時	令和 2 年 10 月 2 日 3 時頃 <input type="checkbox"/> 出勤日である <input checked="" type="checkbox"/> 出勤日でない			
	傷病の原因 及び 症状の説明	<input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 工作中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 加害者あり <input checked="" type="checkbox"/> 自分の不注意 <input type="checkbox"/> その他 () ※工作中、通勤途上、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず健保組合と勤務先にご連絡下さい。 (傷病の原因、及びいつ頃からどのような症状なのかを詳しくご記入下さい。) 自転車で実家に行く途中、溝に落ちて大腿部を骨折した。			
	労務に服することが できなかった期間	平成 令和 2 年 10 月 2 日 から	平成 令和 2 年 10 月 31 日まで	(30 日間)	
	上記期間の報酬が ある期間と報酬金額	平成 令和 2 年 10 月 6 日 から	平成 令和 2 年 10 月 11 日まで	(6 日間) 報酬金額 123,456 円	
	受診している 医療機関	医療機関名	△△総合医療病院		
	所在地	大阪府大阪市中央区大通り△-△-△			
・障害年金 ・障害手当金 ・老齢厚生年金 上記、受給内容確認	受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	年金の種類別	<input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 老齢厚生年金	
	年金額	円	年金取得認定日	年 月 日	
	傷病名		証書番号		

※傷病手当金は1カ月ごとに医師に証明をいただき請求して下さい。
 ※障害年金、障害手当金、老齢厚生年金を受給されている場合は、次の書類の写しを添付して下さい。
 ◎障害年金や障害手当金の場合 ①障害厚生年金(障害基礎年金)証書②直近の支払通知書③身体障害者手帳(病名記載頁)
 ◎老齢厚生年金の場合 ①老齢厚生年金証書 ②直近の支払通知書

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	平成 令和	2年 10月 2日	から	平成 令和	2年 10月 31日まで	(30 日間)	
	上記の期間で報酬があった期間及び支給内容	平成 令和	2年 10月 6日	から	平成 令和	2年 10月 11日まで	(6 日間)	
	支給状況	<input type="checkbox"/> 支給しない <input type="checkbox"/> 全額支給済 <input checked="" type="checkbox"/> 一部支給 (30 %) 補償 <input type="checkbox"/> 後日全額支給予定: 月 日頃 <input type="checkbox"/> 後日一部支給予定: 月 日頃		報酬の支給形態	<input type="checkbox"/> 月給制 <input type="checkbox"/> 日給月給制 <input checked="" type="checkbox"/> 日給制 <input type="checkbox"/> 時間給制 <input type="checkbox"/> 他 ()		管理区分	<input type="checkbox"/> 役職者 <input type="checkbox"/> 一般社員 <input checked="" type="checkbox"/> 準社員 <input type="checkbox"/> 他 ()
	復職(予定)年月日	令和 2年 11月 1日		傷病が 出産に 関わる 場合	分娩予定日: 令和 年 月 日 分娩日: 令和 年 月 日			
	労務に服さなかった期間中の休業月日	10月中	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					
	○印: 全額給料有り							
	△印: 一部給料有り	月中	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					
	×印: 給料無し							
	上記の通り相違ないことを証明します。							令和 2年 11月 10日
	事業所所在地 大阪府守口市京阪本通り△-△-△ 事業所名称 △△電機株式会社 事業主 田中 △△							<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;"> △△電機 株式会社 社長之印 </div> 印

※訂正される場合は、事業主の印が必要です。

療養担当の医師が意見を記入するところ	傷病名	左大腿骨頸部骨折	診療開始日	令和 2年 10月 2日
			転帰	継続 転医 治癒 (月 日)
	発病または負傷の原因	転倒	発病または負傷の日	令和 2年 10月 2日
	労務不能と認められた期間	令和 2年 10月 2日 から 令和 2年 10月 31日まで (30日間)	上記の入院期間: <input type="checkbox"/> 有り 月 日 から 月 日まで (日間) <input checked="" type="checkbox"/> 無し	
	上記期間での診療実日数 (外来日数+入院日数)	5 日	⇒診療実日数が0日の場合は、近日の受診日を記入して下さい。 年 月 日	
	主症状および経過概要	(労務不能期間について、本来の業務と同等の業務に、たえうるか否かを標準にして詳しくご記入下さい。) 骨折による痛みがあり、痛み止めの投薬治療と外来通院にてリハビリ加療中。歩行は、安定してきているが、腕や腰に力を入れる作業は、困難であり労務不能である。		
	上記の通り相違ないことを証明します。			
	令和 2年 11月 1日			
	医療機関等の所在地	大阪府大阪市中央区大通り△-△-△		
	医療機関等の名称	△△口総合医療病院 外科		
	医師の氏名・印	守口 △△		
		(TEL 06-2345-△△△△)		

※訂正される場合は、医師の印が必要です。

※医療機関等の所在地・名称については、ゴム印を押印してもらって下さい。