



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							前回迄の支給期間	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					

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	1234 — 56789	被保険者氏名	三洋 三郎
	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) 大阪事業所 総務部		
	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。) 事務		
	傷病名	慢性腎不全による尿毒症		
	発病(負傷)した 日時	令和 2 年 10 月 2 日 3 時頃 <input checked="" type="checkbox"/> 出勤日である <input type="checkbox"/> 出勤日でない		
	傷病の原因 及び 症状の説明	<input checked="" type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 仕事中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 加害者あり <input type="checkbox"/> 自分の不注意 <input type="checkbox"/> その他 () ※仕事中、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。) 令和2年の2月から週3回血液透析を受けているが、平成30年10月に 顔面浮腫、呼吸困難、倦怠感が続いたため病院に行った。		
	労務に服することが できなかった期間	平成 2 年 10 月 2 日 から 平成 2 年 10 月 31 日まで (30 日間) 令和		
	上記期間の報酬が ある期間と報酬金額	平成 2 年 10 月 6 日 から 平成 2 年 10 月 11 日まで (6 日間) 令和 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	受給の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年金の種別	<input checked="" 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	300,000 円	年金取得認定日	平成30年 2 月 3 日
上記、受給内容確認	傷病名	腎臓機能障害	証書番号	1234-56789

※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 checked="" type="checkbox"/> 全額支給済 <input type="checkbox"/> 一部支給 () 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 checked="" type="checkbox"/> 月給制 <input type="checkbox"/> 日給月給制 <input 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 checked="" type="checkbox"/> 一般社員 <input 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 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	16					
	×印: 給料無し		17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31					
	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 △△							

※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	尿毒症	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 checked="" type="checkbox"/> 有り 10月2日 から 10月31日まで (30日間)		
		: <input type="checkbox"/> 無し		
	上記期間での診療実日数 (外来日数+入院日数)	30 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	
	発病または負傷の原因	慢性腎不全		
	主症および経過概要	(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。)		
	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	消化器や心臓機能が低下しているため、入院にて投薬治療中であり労務不能。		
	上記の通り相違ないことを証明します。			
	令和 年 月 日			
	医療機関等の所在地			
	医療機関等の名称 △△総合医療病院 脳神経科			
	医師の氏名 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。