

記入例

- ・主治医の証明を受けてから、3枚とも事業所へご提出ください。
- ・退職者の方は1枚目と2枚目を当組合へご提出ください。（請求期間に在職中の期間が含まれる場合は事業主証明も必要ですので、3枚とも事業所へご提出ください。）

これより上は記入しないでください。

傷病手当金請求書 (第 1 回目)

1 2 3

被保険者（請求者）・事業主記入用

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） 記 入 欄	被保険者証の記号番号	記号 〇〇〇〇	番号 〇〇〇〇〇	被保険者（請求者）氏名・印	(フリガナ) サガワ タロウ 佐川 太郎	佐川
	住 所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇1-1-10 〇〇マンション101号		生年月日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
	傷 病 名	① 腰椎椎間板ヘルニア		発病または負傷の年月日	平成 19 年 1 月 14 日	
		②			年 月 日	
	③		年 月 日			
発病または負傷の原因	(1)いつ 平成19年 1 月 14 日 (日曜日) 午前 午後 10 時頃	(2)どこで <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 外出場所 (私用・仕事)		(3)どんな用事でなにをしている時 <input checked="" type="checkbox"/> 私用中 (自宅のタンスの位置を変えようと持ち上げた時) <input type="checkbox"/> 通勤の行き帰り <input type="checkbox"/> 仕事中		
※注意 けが・腰痛等の場合は、初回請求時に「負傷原因報告書」を併せてご提出ください。						
あなたの仕事の内容 (具体的に) (退職後の請求の場合は退職前の仕事の内容)	ドライバー					
療養のため休んだ期間 (請求期間)	平成 19 年 1 月 15 日から 平成 19 年 2 月 20 日まで 37 日間					
1 障害厚生年金、障害手当金を受給していますか。 ※ 障害手当金、障害年金を受給する場合は、請求書と併せて「請求書」の写しを添付してください。	<input type="checkbox"/> はい (傷病名:) <input checked="" type="checkbox"/> いいえ (支給開始日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 請求書 <input type="checkbox"/> はい ()					
(退職後の期間) 2 老齢または退職を理由とする公的年金を受給していますか。 ※ 直近の「年金振込通知書」または「年金額改定通知書」の写しを添付してください。	<input type="checkbox"/> はい (支払開始日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 求職の申し込みをした (年 月 日) <input type="checkbox"/> 受給期間の延長手続きをした (年 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ (理由:)					
(退職後の期間を申請される方はご記入ください。) 3 雇用保険から失業給付等を受給していますか。	<input type="checkbox"/> はい (支払開始日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 求職の申し込みをした (年 月 日) <input type="checkbox"/> 受給期間の延長手続きをした (年 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ (理由:)					
在職中の方は受領代理人が必要です。委任欄記名押印のうえ、事業所へ提出してください。	行 信用金庫 組合 農 協	本店 (フリガナ)		同じ印で押印してください。		
本請求に基づく給付金に関する受領を健保代理受領口代理人に委任します。平成19年 2 月 27 日	被保険者氏名 (請求者)		佐川 太郎		印	
被保険者のマイナンバー記載欄	マイナンバーは、被保険者証の記号番号を記入した場合、不要です。					