

記入例

傷病手当金請求書

(第1回)

TOYO TIRE健康保険組合 理事長 殿

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------|--|---|--|------------------------------|---------------------------------------|--|---|---|---|---|--|
| 被保険者証の記号 | 11 | 被保険者証の番号 | 12345 | 従業員番号 | 9999 | 生年月日 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 | 年 | 月 | 日 | |
| 氏名 | (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎 | | | | 事業所 | 〇〇工場 | | | | | |
| 被保険者情報 | TOYO TIRE健康保険組合の被保険者で、任意継続以外の方は、チェック <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 本申請に基づく傷病手当金の受領を事業主に委任します。 | | | | | |
| | 業務の内容 (具体的に) | 品質保証 | | | | | | | | | |
| | 障害年金、厚生手当金、老齢厚生年金を受給していますか | <input type="checkbox"/> 受給中 | <input checked="" type="checkbox"/> 受給無し | <input type="checkbox"/> 請求中 | ※受給中の場合は、年金証書または年金決定通知書等の写しを添付してください。 | | | | | | |
| | 障害年金、障害手当金を受給・請求中の場合、原因となった傷病名 | | | | | | | | | | |
| 第三者行為によるものですか | <input type="checkbox"/> はい | <input checked="" type="checkbox"/> いいえ | ※第三者行為によるものである場合は、別に第三者行為による傷病届が必要になります。 | | | | | | | | |
| 傷病名 | 多発性骨髄腫 | | | | 発病又は負傷の原因 | 不詳 | | | | | |
| 傷病又は負傷の療養をする為に休んだ期間 | 2021年 12月 1日から 2022年 4月 10日まで 131日間 | | | | 左の期間中で得た報酬の額及び期間 | 年 月 日から 年 月 日まで 円 | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業主が証明するところ | 労務に服さなかった期間 | 2021年 12月 1日 から 2022年 4月 10日まで 131日間 | | | | | | | | | |
| | 上記期間中に支払う報酬の内容を右に記入 | 全額支給した場合、又は支給する場合 | 年 月 日 から 年 月 日までの分金、円 (月 日支払い) | | | | | | | | |
| | | 一部支給した場合、又は支給する場合 | 2021年 12月 1日 から 2022年 2月 28日までの分金、1,100,000円 (月 日支払い) | | | | | | | | |
| | 現在までも又将来も支給しない場合はその旨 | | | | | | | | | | |
| ※労務に服することができなかった期間の勤怠表等の写しを添付してください。 | | | | | | | | | | | |
| この申請書の内容が正しいことを証明します。 2022年 5月 10日 | | | | | | | | | | | |
| 委任を受けた給付金の受領は貴健康保険組合との間で定められている方法で受け取ります。 | | | | | | | | | | | |
| この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 事業所所在地 兵庫県伊丹市藤ノ木2-2-13 | | | | | | | | | | | |
| ①申請者本人 (被保険者) が作成したものである。 事業所名称 TOYO TIRE株式会社 | | | | | | | | | | | |
| ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。 事業主(代理人) 氏名 〇〇 〇〇 | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|-----------------|------------|------------|-----------------|-----------|--|--|--|--|--|
| 療養担当医師意見 | 傷病名 | | | | | 発病又は負傷の原因 | | | | | |
| | 発病又は負傷の年月日 | 年 月 日 | 療養給付の開始年月日 | 年 月 日 | 診療実日数 | 日間 | | | | | |
| | 労務不能と認められた期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | 日間 | 左記の中入院した期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | 日間 | | | | | |
| | 「主症状及び経過」、「治療内容、検査結果」等 (詳しく) | | | | | | | | | | |
| 労務不能と認められた理由、就労の見込み等 | | | | | | | | | | | |
| 上記の通り相違ありません。 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 医師 住所 (所在地) 〒 電話 () | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名 氏名 | | | | | | | | | | | |
| 医療機関の住所、名称は手書きではなくゴム印押印または朱印をお願いします | | | | | | | | | | | |
| 押印をいただいでください | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|-------|------|-----|---|------|------|------|-------|-------|
| 健保記入欄 | 常務理事 | 事務長 | 係 | 請求回数 | 回 | 支給期間 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| | 標準報酬 | 備考 | | | 支給金額 | 連番 | 残日数 | |