

健康保険 傷病手当金請求書

* 太枠線内を記入してください (記入要領等は、別紙「記入例」をご参照ください)

被 保 者 記 入 欄	提出日	令和 年 月 日			備考	
	被保険者証 記号・番号	記号	番号		被保険者 氏名	(フリガナ)
	事業所 (会社)名称				従業員番号	
					所属・電話	(Tel :)
	連絡先住所	〒 - (Tel :)				
	傷病名				発病又は 負傷の年月日	平成・令和 年 月 日(頃)
	傷病又は負傷 の原因				傷病又は負傷の 為 休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
	治療のために休んだ期間の分の報酬を 受けましたか				受けた ・ 受けない	
	報酬の支払を受けたときは、その報酬の額と その支払の基礎となった期間				令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 までの分として 円	
	障害・厚生年金 手当金受給の有無	有・無・請求中 (年 月から受給)			年金証書の 基礎番号	
	受給病名				障害・厚生年金 手当金の年額	円
	第三者の行為によって負傷したものであるか、ないかの別				有 ・ 無	
	今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のもの ですか * 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元 (請求先)の労働基準監督署をご記入ください。				はい ・ 労災請求中 ・ いいえ 労働基準監督署	
	(任意) 医師に照会が必要 な場合の事前同意	私は、傷病手当金の請求にあたって、日立健康保険組合が医師や事業主等に内容確認・調査することに 同意します。 被保険者氏名 _____				
受取方法	1. 事業所経由で受け取る ⇒委任状欄にご署名ください 2. 個人の口座へ振り込み ⇒振込先を記入してください					
委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業所に委任します 令和 年 月 日 被保険者氏名 _____					
振込先	「2. 個人の口座へ振り込み」を選択した場合、口座を記入してください(但し、振込先は本人口座に限定します)					
	銀行コード	銀行	支店コード	支店	1. 普通 2. 当座	
					口座 番号	

支給決定伺

支給決定		常務理事	事務長	主任	担当
同年月日	令和 年 月 日				
決裁年月日	令和 年 月 日				
支払年月日	令和 年 月 日	資格取得日	年 月 日		
待 期	/ ~ /	資格喪失日	年 月 日		
支給開始日	令和 年 月 日	全部又は 一部 不支給 期間 理由	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
支給期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		第 条		
日 額	円 × 日 = 円	計		円	
計算欄					

受付日付印

インプット
