


健保組合記入欄	支給期間		支給金額		支給決定日 令和 年 月 日			
	自 令和 年 月 日 日間		円		常務理事	マネージャー	リーダー	担当者
	至 令和 年 月 日 (残日数 日)							
	支給開始日	算出基礎	日額	円×2/3×	日間＝	円	円	
	令和 年 月 日	(108条)	日額	円 ×	日間＝	円	円	
満了予定日	(備考)							
令和 年 月 日								

(A4両面で印刷してください。)
健康保険 傷病手当金請求書 (第 1 回)

被保険者記入欄	被保険者等 記号番号	100 - 999	被保険者 氏名	(フリガナ) キュウフ タロウ 給付 太郎
	現住所	〒 101 - 00XX 東京都千代田区神田司町20-80-10		生年 月日
		メールアドレス: mbk@mbk-rengo-kenkouhoken.co.jp		昭和・平成・令和 ○年 ○月 ○日
		日中連絡先☎: 090-XXXX-XXXX		請求時の年齢(30)歳
	勤務(した) 事業所名	健保組合株式会社	具体的な 仕事内容	ソフト設計開発エンジニア
	資格取得 年月日	昭和・平成・令和 ○年 ○月 ○日	資格喪失 年月日	令和 ○年 ○月 ○日
		資格取得後2年未満での休職の方は 初回請求時に「同意書」を添付してください。		請求日時点で退職済みの方は 下部に振込希望先を記載してください
	傷病名	適応障害	発病または 負傷の原因	(いつ・どこで等が分かる場合は具体的に、 分からない場合は「不詳」と記入) (□労災 □第三者行為 <input checked="" type="checkbox"/> どちらでもない)
療養のため 休んだ期間	令和 4年 3月 1日から 令和 4年 3月 31日までの合計 31 日間			
障害年金の 受給について	障害(基礎・厚生)年金または障害手当金を受けていますか? <input checked="" type="checkbox"/> はい □いいえ □請求中 ⇒「はい」「請求中」と回答した方は、金額や内容が確認出来る通知書の写しを必ず添付してください。			
	受給要因の 傷病名	腎不全 (人工透析)	年金額または 手当金額	xxx,xxx 円
老齢年金の 受給について	【任意継続被保険者および退職者のみ】 老齢年金または退職共済年金を受けていますか? □はい □いいえ □請求中 ⇒「はい」「請求中」と回答した方は、金額や内容が確認出来る通知書の写しを必ず添付してください。			

任意継続被保険者および資格喪失者は必ず記入してください。

同意・確認欄		<p>1. 次の「同意および確認事項」を確認し、チェック(☑)してください。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 本請求について、当組合WEBページ記載の同意・確認事項について承諾しました。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 内容に関し、当組合が医療機関等に照会する必要がある場合は同意します。</p>	令和 4 月 1 日
		<p>2. 下記の条件に該当する方で、本人口座への振込を希望する際はチェック(☑)してください。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 請求日時点で事業所を退職しているため、下記口座へ振込希望します。</p>	

受付日付印

金	けんぽ	(銀行)信用金庫	東京	本店・支店	出張所
資格喪失後の請求のときは毎回記入してください。 (任意継続被保険者は取得時にゆうちょ口座を登録するため記入不要)					
口座名義(フリガナ)	給付 太郎 (キュウフ タロウ)				

医師意見欄	患者氏名	健保 太郎				被保険者の請求、事業主の証明と 一致するように				適応障害			
	発病または負傷の原因	不詳				令和 年 月 日				令和 年 月 日			
	労務不能と認められた期間	令和 4 年 3 月 1 日から	31 日間	うち、 入院期間 (あれば)	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間						
	期間中の診療実日数	2 日間 (診療した日: 3/1,15)											
	傷病の主状態及び経過概要	<p>(1) 労務不能期間中における主たる症状及び経過(くわしく)</p> <p>(2) ((1))</p> <p style="text-align: center;">療養担当医による医学的所見の 労務不能証明を受けてください。</p> <p>(3) 期間</p>											
<p>上記の通り相違ありません。 令和 年 月 日</p> <p>住所(所在地) 〒</p> <p>医療機関名</p> <p>医師の氏名 電話 (— —)</p>													
<p><手続き上の注意点></p> <ul style="list-style-type: none"> ・記入いただいた内容は支給決定の重要な判断材料となるだけでなく、社会保険審査会、裁判等での証拠書類となる場合もございますので楷書で丁寧に記入してください。正確に記入してください。 ・「療養の給付を開始した年月日」とはその傷病について健康保険による療養を始めた日であり、初診日と一致しなくとも差支えありません。 ・病状についてはなるべく詳しくご記入をお願いします。手術された場合は手術の名称と年月日、以後の療養期間等を記載して下さい。 													