

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							
	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								

## 健康保険 傷病手当金請求書 (第 回)

被保険者記入欄	被保険者等記号番号	—		被保険者氏名	(フリガナ)		
	現住所	〒 —			生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
		メールアドレス: 日中連絡先☎:				請求時の年齢( )歳	
	勤務(した)事業所名			具体的な仕事内容			
	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年未満での退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本人口座振込を希望できます。		
	傷病名			発病または負傷の原因	( )労災 ( )第三者行為 ( )どちらでもない		
	療養のため休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの合計 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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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	「 」		年金額または手当金額	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? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。						

同意・確認欄	 <small>MBK連合健康保険</small>	<p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <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>
		<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>
<small>【MBK連合健康保険組合WEBサイト】 傷病手当金請求時の同意および確認事項 <a href="https://www.mbk-rengo-kenpo.or.jp/pay-attention/">https://www.mbk-rengo-kenpo.or.jp/pay-attention/</a></small>		

受付日付印

【請求日時点退職者】 振込希望先	金融機関	銀行・信用金庫		本店・支店・出張所
		預金種別	普通・当座・その他	口座番号
		(ゆうちょ銀行) 記号-番号		
	口座名義(フリガナ)	( )		

