

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		(A4両面で印刷してください。)					
	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			
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 1 回)

請求回数を記入

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号-番号	1000 - 9999	被保険者 氏名	(フリガナ) キュウフ タロウ <b>給付 太郎</b>	
	現住所	〒 101 - 00xx 東京都千代田区神田司町20-80-10 日中連絡先TEL. 090-xxxx-xxxx		生年 月 日	
	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。
	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) ( <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 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 <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添付してください。			
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」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添付してください。				

確 認 欄	本請求について、下記の項目を確認し、必ず記入してください。	5 月 10 日
	<input checked="" type="checkbox"/> ①又は②の要件を満たしたものである。 <input checked="" type="checkbox"/> ①申請者本人(被保険者又は請求者)が作成したものである。 <input checked="" type="checkbox"/> ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 <input checked="" type="checkbox"/> HP「給付に関する事項」等、個人情報保護方針を確認し、同意した。 <input checked="" type="checkbox"/> 内容に関し、健康保険組合が医療機関等に照会する必要がある場合は同意する。	

受付日付印

【退 振	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)

<手続き上の注意点>

- ・記入漏れがある場合は不備扱いとなりますので、必ず全ての項目を確認し提出してください。
- ・確認欄にはチェックを入れてください。
- ・年金関係書類の写しは、変更があった都度、新しいものを提出してください。
- ・労災に該当する場合は健康保険の適用外ですので事業主にお申し出ください。

**MBK連合健康保険組合**



医師意見欄	患者氏名	給付 太郎		
	傷病名	適応障害		月 日
	発病または負傷の原因	不詳		給付を開始した年月日 令和 2 年 10 月 4 日
	労務不能と認められた期間	令和 4 年 3 月 1 日から 令和 4 年 3 月 31 日まで	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
	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	(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) (2) (1)に		
	上記の通り相違ありません	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。		
住所(所在地)	〒			
医療機関名				
医師の氏名	電話 ( — — )			

被保険者の請求、事業主の証明と一致するように

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。

<手続き上の注意点>

- ・「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。

MBK連合健康保険組合