

傷病手当金請求書 (第 回)

① 被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	健康保険 被保険者証の	記号	番号	生年月日	昭和・平成	年	月	日	
	発病又は負傷の 年月日	平成	年	月	日 ()	時	分	秒	
	傷病名				病气やけがのため 仕事を休んだ期間 (請求期間)	自 令和	年	月	日
	発病または 負傷の原因	どこで・何をしていた・どうしたなど			業務上による	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
					第三者による	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
					交通事故による	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	年金等受給の 有無	年金等の受給を	<input type="checkbox"/> している	<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 障害年金・障害手当金 <input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	過去に同じ傷病名での 傷病手当金受給の有無		<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無		→ 平成・令和 年 月 頃、約 年 ヶ月		
	資格喪失者 及び被保険者の 継続の方	アルバイト等の収入の有無	<input type="checkbox"/> 有 → 1ヶ月 () 円		<input type="checkbox"/> 無				
		失業給付受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 → 自:平成・令和 年 月 日 至:平成・令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 延長手続中				
払渡希望の銀行 (ゆうちょ銀行不可)	銀行		支店						
	普通・当座	No	名義人(カナ)						
上記のとおり請求します。 令和 年 月 日					SMBCファイナンスサービス健康保険組合 殿				
被保険者の 住所					〒				
氏名 (自署)					TEL				

③ 事 業 主 が 証 明 す る 欄	労務に服さなかった期間										基本給や諸手当の支給状況(給料の締切日ごとに記入)											
	自:令和 年 月 日 日間					至:令和 年 月 日 日間					1か月分の基本給や 諸手当の額 (支給しない場合も記入)			月 日			月 日			月 日		
	就労状況(欠勤…×、出勤…○、早退…◎、 有給…△、公休…□と該当日に表示)										基本給 月給・日給 円											
	月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	住宅手当 有・無 (1か月 円)									
	月		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	通勤手当 有・無 (1か月 円)									
	月		21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	家族手当 有・無 (1か月 円)								
	月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	手当 有・無 (1か月 円)									
	月		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	手当 有・無 (1か月 円)									
	月		21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	手当 有・無 (1か月 円)								
	種類		月給、日給、日給月給 時間給、その他										手当 有・無 (1か月 円)									
締切日		日給										手当 有・無 (1か月 円)										
支払日		日給										手当 有・無 (1か月 円)										
上記のとおり相違ないことを証明します。																						
令和 年 月 日					事業所の所在地																	
(記載者氏名)					名称 氏名																	
TEL () -																						

② 医 師 が 意 見 を 記 入 す る 欄	傷病名	発病又は負傷年月日			療養の給付開始年月日			発病又は負傷の原因			
		平成・令和 年 月 日			平成・令和 年 月 日						
	労務不能と認めた期間				診療実日数		入院期間			入院費用の別	
	自:令和 年 月 日 日間				日		自:令和 年 月 日 日間			健保・公費 自費・その他	
	至:令和 年 月 日 日間						至:令和 年 月 日 日間				
傷病の主症状および経過状況 (療養のため職務不能と認めた理由をできるだけ詳しく記入してください)											
上記のとおり相違ありません。											
令和 年 月 日				医療機関の所在地							
TEL () -				名称 医師の氏名							

※ 注意事項: 被保険者および医師の意見書の記入が終了したら、必ず事業主へ用紙を提出してください。
 ※ 注意事項: 障害年金、障害手当金、老齢年金の受給者は、最新の年金証書、決定通知書のコピーを添付してください。