

**< 記入例 > 傷病手当金請求書 (第 1 回)**

① 被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	健康保険 被保険者証の	記号 <b>36</b>	番号 <b>1111</b>	生年月日	昭和 <b>平成</b> <b>3</b> 年 <b>2</b> 月 <b>1</b> 日	
	発病又は負傷の 年月日	平成 <b>〇</b> 年 <b>3</b> 月 <b>1</b> 日 (金)	病气やけがのため 仕事を休んだ期間 (請求期間)		自 令和 <b>〇</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1</b> 日	
	傷病名	<b>慢性腎不全</b>		至 令和 <b>〇</b> 年 <b>4</b> 月 <b>30</b> 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 <b>原因不明の場合は 「不詳」と記入してください</b>		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	
	年金等受給の 有無	年金等の受給を <input checked="" type="checkbox"/> している		<input checked="" type="checkbox"/> <b>障害年金</b> ・障害手当金		
		<input type="checkbox"/> していない		<input type="checkbox"/> 老齢年金		
			<input type="checkbox"/> 申請中		<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 checked="" type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無	
	資格喪失者 及び任意継続 被保険者の方		アルバイト等の収入の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 → 1ヶ月 ( <b>5万</b> 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 checked="" 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)		<b>三井住友</b> 銀行		※※ 支店		
		<b>普通</b> ・当座 No <b>00111111</b>		名義人(カナ) <b>ケンボ タロウ</b>		
上記のとおり請求します。 令和 <b>〇</b> 年 <b>5</b> 月 <b>9</b> 日 SMBCファイナンスサービス健康保険組合 殿						
被保険者の 〒 <b>101-****</b>						
住 所 <b>東京都千代田区〇〇</b>						
氏 名 (自署) <b>健保 太郎</b> TEL <b>03-6***-****</b>						
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: 至: 就労 有給	<p style="font-size: 2em; color: red; margin: 0;">在職中の方は事業主(会社)に用紙を送り、 証明をもらってください。</p> <p style="font-size: 2em; color: red; margin: 0;">資格喪失者及び任意継続被保険者の方は 空欄のまま、健保組合に送ってください。</p>				日
給料の 額 上 令 (請)	日					
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		
	自: 至: 傷病	<p style="font-size: 2em; color: blue; margin: 0;">医療機関で傷病により就労不能であった 証明をもらってください。</p>				別 公 費 その他
	上 令					
	TEL ( ) -	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。