

健康保険 傷病手当金請求書

* 太枠線内を記入してください (記入要領等は、別紙「記入例」をご参照ください)

被 保 者 記 入 欄	提出日	令和 年 月 日		備考					
	被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	(フリガナ)				
		事業所 (会社)名称			従業員番号				
	連絡先住所	〒 -		所属・電話	(Tel :)				
	傷病名			発病又は 負傷の年月日	平成・令和 年 月 日(頃)				
	傷病又は負傷 の原因			傷病又は負傷の 為 休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間				
	治療のために休んだ期間の分の報酬(※)を受けましたか ※報酬には、各種手当(通勤手当、住宅手当等)やカフェテリアプランも含まれます			受けた ・ 受けない					
	報酬の支払を受けたときは、その報酬の額とその支払の基礎と なった期間(不明の場合は記入不要)			令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	の分として 円				
	障害・厚生年金 手当金受給の有無	有・無・請求中(年 月から受給)		年金証書の 基礎番号					
	受給病名			障害・厚生年金 手当金の年額	円				
	第三者の行為によって負傷したものであるか、ないかの別			有 ・ 無					
	今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のもの ですか * 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元 (請求先)の労働基準監督署をご記入ください。			はい ・ 労災請求中 ・ いいえ 労働基準監督署					
	(任意) 医師に照会が必要な 場合の事前同意	私は、傷病手当金の請求にあたって、日立健康保険組合が医師や事業主等に内容確認・調査することに 同意します。 被保険者氏名 _____							
	受取方法	1. 事業所経由で受け取る ⇒委任状欄にご署名ください 2. 個人の口座へ振り込み ⇒振込先を記入してください							
	委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業所に委任します 令和 年 月 日 被保険者氏名 _____							
振込先	「2. 個人の口座へ振り込み」を選択した場合、口座を記入してください(但し、振込先は本人口座に限定します)								
	銀行コード	銀行	支店コード	支店	1. 普通 2. 当座	口座 番号			

支給決定伺

支給決定		常務理事	事務長	主任	担当
同年月日	令和 年 月 日				
決裁年月日	令和 年 月 日				
支払年月日	令和 年 月 日	資格取得日	年 月 日		
待 期	/ ~ /	資格喪失日	年 月 日		
支給開始日	令和 年 月 日	全部又は一部 不支給 理由	令和 年 月 日から	日間	
支給期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		令和 年 月 日まで		
日 額	円 × 日 = 円	計		円	
計算欄	円 × 日 = 円	残日数	日		

受付日付印

インプット