

健康保険 傷病手当金・傷病手当付加金 請求書 (第 回) その1

被 保 険 者 の 記 入 欄	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	記 号	番 号	事業所 ・コーセー G・アルビオン・その他 ()	所 属	部・課 支 店	
	被 保 険 者 の 氏 名	(フリガナ)		生 年 月 日	社 員 番 号		
	被 保 険 者 の 現 住 所 及 び 連 絡 先	〒		TEL ()			
	被 保 険 者 の 資 格 を 取 得 し た 年 月 日	昭 和 平 成	年	月	日	被 保 険 者 の 業 務 の 種 別	
	発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	令 和	年	月	日	傷 病 名	
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因 を 詳 し く (不 詳 不 可)						
	疾 病 又 は 負 傷 の 療 養 を す る た め 休 ん だ 期 間 (労 務 不 能 期 間)	自 令 和	年	月	日	老 齢 年 金 ・ 障 害 年 金 ・ 障 害 手 当 金 を 受 け て い ま す か	※1 受 け た ・ 受 け 不 け ない ・ 手 続 き 中
	労 務 不 能 期 間 中 に 報 酬 を 受 け ま し た か	至 令 和	年	月	日	年 金 等 の 種 別	老 齢 年 金 ・ 障 害 年 金 ・ 障 害 手 当 金
	※2 失 業 給 付 等 を 受 給 し た そ の 期 間	自 令 和	年	月	日	受 給 額 (年 額)	円
	金 額	日 額			月 額	円	障 害 年 金 等 の 対 象 病 名
(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、コーセー健康保険組合が医師に内容確認・調査することに同意します。 <div style="text-align: right;">被保険者氏名 (自署)</div>						

※1・・・年金等を受けた場合は、年金証書(写)と年金決定通知書・支給額変更通知書(写)を添付して下さい。
 ※2・・・受給した場合は、雇用保険受給資格者証(写)を添付して下さい。

退職者・任意継続被保険者の方は振込先を下記にご記入ください



銀 行 コ ー ド		支 店 コ ー ド	
銀 行 名	銀行		支店
普 通 預 金 口 座			
口 座 名 義 (請 求 者 と 同 一)	フリガナ		
	氏 名		

受 付 印

<留意事項>

- ※訂正箇所には必ず訂正印を押印願います。(修正テープ、修正液使用不可)
- ※傷病手当金は給与に代わるものです。1ヶ月1枚の請求書で毎月申請願います。
- 3ヶ月以上遅れて申請される場合は「遅延理由書」を必ず添付してください。

健康保険 傷病手当金・傷病手当付加金 請求書 (第 回) その2

記号 番号 氏名

事業主の証明欄	労務に服さなかった期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで (日間)																
	給与支給状況	○印：全額給与有り △印：一部給与有り ×印：給与無し	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
			月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	上記期間中分として支払う報酬関係	全額支給した場合	日額	円				日間	(月				日支払)					
		一部支給した場合	日額	円				日間	(月				日支払)					
		支給しない場合は、その旨																	
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日																			
所在地 事業所名 事業主名																			

委任状 令和 年 月 日

給付金の受領を上記事業主に委任します

被保険者氏名(自署)

退職者・任意継続被保険者の方は記入不要

療養を担当した医師の証明欄	傷病名					発病又は負傷の原因					
	発病又は負傷の年月日	令和	年	月	日	療養の給付を開始した年月日	令和	年	月	日	
	労務不能と認められた期間	自 令和	年	月	日	日間	左の期間中の診療実日数	日間			
	傷病の主症状及び経過概要(具体的に詳しく)										
	症状経過から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的所見及びその治療方針										
	上記労務不能と認められた期間中に入院した期間がある場合は、その期間	自 令和	年	月	日	日間	至 令和	年	月	日	日間
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日										
所在地 医療機関名 医師名 電話 ()											