

<記入例>

健康保険 傷病手当金・傷病手当付加金 請求書 (第 1 回) その1

健康保険証の名前の上に記載されている記号・番号をご記入ください

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	コーセイG・アルビオン・その他()		
		3 0	1 2 3 4 5	所属	0 0 0 部・課 支店		
	被保険者の氏名	(フリガナ) ケンポハナコ		生年月日	社員番号		
		健保花子		昭和 平成	2年 1月 1日	98A98	
	被保険者の現住所 及び連絡先	〒 103 - 0027		TEL	XXX (XXXX) XXXX		
		東京都中央区日本橋〇-〇-〇					
	被保険者の資格を 取得した年月日	昭和 平成 令和	22年 4月 1日	被保険者の 業務の種別	美容スタッフ		
	発病又は負傷の 年月日	令和	3年 10月 1日	傷病名	子宮頸がん		
	発病又は負傷の原因 を詳しく (不詳不可)	昨年の健康診断で初期の子宮頸がんが見つかり、手術・療養 負傷が第三者の行為(交通事故など)によるものであるときは、					
	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	3年 11月 1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・ <u>受けない</u> ・手続き中		
	至令和	3年 11月 30日	30日間				
労務不能期間中に報 酬を受けましたか	受けた・ <u>受けない</u>						
※2			年金等の種別	老齢年金・障害年金・障害手当金			
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			
	至令和	年 月 日	受給開始日	平成 令和	年 月 日		
金額	日額			障害年金等の 対象病名			
	月額	円					
(任意)	私は、傷病手当金の請求にあたって、コーセイ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。						
医師に照会が必要 な場合の事前同意	被保険者氏名(自署) 健保花子						

※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 (請求者同一)	フリガナ		
	氏名		

事前にご記入いただけますと、
確認事項がある際に
手続きを迅速に進めることが
できます。

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 1 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 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
			月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 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				

<p style="margin: 0;">委任状 令和 3 年 12 月 12 日</p> <p style="margin: 0;">給付金の受領を上記事業主に委任します</p> <p style="margin: 0;">被保険者氏名(自署) 健 保 花 子</p> <p style="margin: 0; text-align: right; font-size: small;">退職者・任意継続被保険者の方は記入不要</p>

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 至 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 <small>(具体的に詳しく)</small>				
	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 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 ()					

この欄は全て医師に記入して頂いてください。