

# 健康保険 傷病手当金請求書（第 回）

										年 月 日 提出			
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者 記号番号	記号 番号	被保険者 資格取得日	平成 令和	年	月	日	被保険者 資格喪失日 (喪失後の場合)	令和	年	月	日	
	被保険者 (請求者) 氏名	フリガナ						〒					
	生年月日	昭和・平成 年 月 日						被保険者 (請求者) 住 所					
	事業所名 及び電話								社員番号				
	傷 病 名								発病又は 負傷年月日	平成 令和	年	月	日
	発病の状態 又は負傷の 原因を詳しく								第三者の行為に よるものですか		いいえ ・ はい		
	傷病又は 負傷で療養 するため 休んだ期間	令和 年 月 日 から						日間					
	うえに書いた期間の部分の報酬(賃金)を 受けましたか、又は受けられますか	現在まで		受けた ・ 受けない			将 来		受けられる ・ 受けられない				
	報酬支払を受けたとき(受けられる)ときは、 その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった (なる) 期間	令和 年 月 日 から						日間					
	障害厚生年金又は障害手当金 受給の有無	有 ・ 無 ・ 請求中		基礎年金番号			—						
	受給病名			障害厚生年金 ・ 手当金の額			円						
	任意継続被保険者 ・ 資格喪失者の方	老齢又は退職を事由とする公的年金受給の有無		年金コード又は記号番号もしくは番号			年金額						
		有 ・ 無 ・ 請求中					円						
							円						
							円						
	無職無収入 の証明	令和 年 月 日から						日間	無職無収入でありました。				
		令和 年 月 日まで											

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。										年 月 日
	被保険者 (請求者)										

支 払 金 融 機 関	※退職後の申請の場合は、ご記入ください。										
	銀行 金庫		本店 支店								
	支店番号	普通 当座	口座番号								
	名義人	フリガナ									

※ 健 保 使 用 欄	<input type="checkbox"/> 12月間以上		<input type="checkbox"/> 12月間未満			
	被 保 険 者	平均標準 報酬月額	千円	健 保 組 合	平均標準 報酬月額	千円
		1/30相当額	円		1/30相当額	円
	支 給 日 額	( )円×2/3		支 給 日 数	日間	
支 給 額	( )円×( )日間=( )円					
	円					

受付日付印

社員番号

氏名

事業主が証明するところ	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	給与の締日 及び 支払日 日締 日払
	①全額支給した場合又は 支給する場合	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	の分として ( 金 月 日支払) 円	
		②一部支給した場合又は 支給する場合	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	の分として ( 金 月 日支払) 円
	③現在まで又は将来も 支給しない場合は、その旨		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	の分として ( 金 月 日支払) 円
			令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	の分の報酬は、現在までも将来も支給しません。
上記のとおり相違ないことを証明します。				年 月 日
所在地				
事業主 名称				
氏名				
電話				

療養を担当した医師が意見をかくところ	傷 病 名				
	発 病 又 は 負 傷 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			
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因				
	労 務 不 能 と 認 め た 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	左の期間中の 診療日数	日間
	傷 病 の 主 状 態 及 び 経 過 概 要				
	う え の 期 間 中 に 入 院 し た 期 間 が 場 合 は そ の 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	入 院 の 費 用 の 別	健 保 ・ 公 費 自 費 ・ そ の 他
上記のとおり相違ないことを証明します。					
年 月 日					
所在地					
医 師 医療機関名					
氏 名					
電 話					

㊞

# 同意書

デル健康保険組合理事長

健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、デル健康保険組合が私の以前加入していた保険者に給付記録等の照会を行うことに同意します。

・以前勤めていた会社名 \_\_\_\_\_

・勤めていた期間 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

・以前加入していた保険者名 \_\_\_\_\_

・当時の保険証の記号・番号 \_\_\_\_\_記号 \_\_\_\_\_番号

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

被保険者記号番号 \_\_\_\_\_

被保険者住所 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_<sup>Ⓜ</sup>