

健 保 記 入 欄	支給開始	年 月 日	常務理事	事務長	係	係	台帳
	支給期間	年 月 日 ~ 年 月 日 日間					
	前回 支給期間	年 月 日 ~ 年 月 日 日間					
	待機期間	/ / / - =	全部・一部不支給				
	備考	有給・出勤・交通費 / ~ /	期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	日間	理由					

傷病手当金請求書 (第 回目)

2 - 1

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	-	② 氏名	(フリガナ)	
	③ 被保険者の 住 所	〒 連絡先 (自宅又は携帯) - -			
	④ 社員コード	⑤ 内 線	⑥ 事業所・所属		
	⑦ 申請 内 容	傷病名：	発症または負傷年月日：平成 令和 年 月 日		
		発症または負傷の状況：			
		該当の傷病はケガですか： いいえ ・ はい *「はい」の場合は第1回目の申請時に「負傷原因届」を併せてご提出ください。			
		療養のため休んだ期間 (申請期間)	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 日間		
	⑧ 申請期間の報酬について	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 今後受ける <input type="checkbox"/> 受けない			
	⑨ 「障害厚生年金」または 「障害手当金」について	<input type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 受給している	傷病名	基礎年金番号	年金コード
	⑩ 労災保険の休業補償給付 について	<input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 労災申請中 <input type="checkbox"/> 受給していない	【支給元(請求先)の労働基準監督署名： 労働基準監督署】		
	⑪ 任意継続被保険者・資格喪失者の方 老齢または退職を理由 とする公的年金の受給 について	<input type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 受給している	基礎年金番号	年金コード	支給開始年月
	⑫ 介護保険のサービスを受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名称	
	⑬ 過去の傷病手当金受給について	<input type="checkbox"/> 受給したことがある <input type="checkbox"/> 受給したことはない	傷 病 名	健康保険組合名	
⑭	<p>関係諸機関に照会することへの同意 *必ず初回申請時にご記入ください。</p> <p>三越伊勢丹健康保険組合 理事長殿</p> <p>私は、貴組合が傷病手当金の支給について関係諸機関に照会することに同意いたします。 なお、本書の写しも有効といたします。 令和 年 月 日</p> <p>氏名 _____</p> <p>三越伊勢丹健康保険組合では、関係諸機関から得た情報を傷病手当金支給の目的以外には利用いたしません。</p>				

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	⑮ 委任状	本請求に基づく支給金に関する受領を_____に委任します。				
		被保険者 (請求者)	住所： 氏名：			
		代理人	住所： 氏名：			
		令和 年 月 日				
	⑯ 振込 口座	金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義 (カナ)

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑰ 労務に服することができなかった期間における賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等について					
	A 労務に服さなかった 期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間 (内) 出勤 日・有給 日			
	B 賃金計算		締日	支払日	給与の種類	
			日	<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月	日	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他 ()
	⑱ 上記の期間中の分として支払う報酬関係					
	A 全部もしくは一部を支給する場合					
	支給した(する) 賃金内訳	期 間		月 日 日 ~ 月 日 日	月 日 日 ~ 月 日 日	月 日 日 ~ 月 日 日
項目・区分		日額	支給額	支給額	支給額	
B 現在までもまたは将来も 支給しない場合はその旨						
⑲ 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日						
事業主の		住所				
		氏名				
		電話番号	()			

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を 書 く と こ ろ	⑳ 傷病名			㉑ 療養の給付を開始した 年月日 (初診日)	平成 年 月 日 令和	
	㉒ 発症または 負傷の年月日	平成 年 月 日 令和	<input type="checkbox"/> 発症 <input type="checkbox"/> 負傷	㉓ 発症または負傷の原因		
	㉔ 労務不能と 認めた期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	日間			
	㉕ 診療実日数	日	㉖ 労務不能と認めた 期間の内 入院日数	平成 年 月 日 令和	平成 年 月 日 令和	
	㉗ 労務不能と認めた期間における傷病の主症状・治療内容・検査結果・療養指導など (詳しく)					
	㉘ 症状経過から労務不能と認めた医学的な所見					
	㉙ 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日					
住所 (所在地)						
医療機関名						
氏名						
電話番号		()				
					受付日付印	