

支給額	傷病手当金	円
支給期間	令和 年 月 日から	日間
	令和 年 月 日まで	
支給回数		回
前回	始	令和 年 月 日
まで	終	令和 年 月 日

常務理事	事務長	係長	係員
資格取得	昭・平・令	年	月 日
資格喪失	令和	年	月 日
任継資格取得	令和	年	月 日
任継資格喪失	令和	年	月 日
障害年金額・障害手当金額		円(日額)	円)
老齢(退職)年金額		円(日額)	円)
備考			

傷病手当金請求書 (第 0 回目)

日東電工健康保険組合理事長殿		令和 0 年 0 月 0 日	
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、日東電工健康保険組合が関係機関(事業主・医療機関・前加入保険者等)に対して、個人情報・療養の給付記録・診療履歴・給付記録等の照会を行うこと、また、関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。また、照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効と認めます。			
住所		〇〇県〇〇市〇〇町1-1	
被保険者		氏名 健保 花子	
被保険者証の記号・番号	2001- 0000	事業所の名称	〇〇〇〇株式会社〇〇事業所
被保険者の業務の種別	経理担当事務		
発病又は負傷年月日	平成 0 年 0 月 0 日	傷病名	鎖骨骨折
発病又は負傷の原因	0月0日に私用で買い物に外出中、道路で転倒し左肩を強打した。		第三者行為によるものですか <input checked="" type="radio"/> いいえ・はい (はい)の場合は第三者行為届を提出して下さい
療養のため休んだ期間	令和 0 年 0 月 0 日から	令和 0 年 0 月 0 日まで	00 日間
上の期間の報酬の全部または一部を受けたときまたは受けられるときはその報酬額および期間	0/0~0/0 有休 報酬額00,000円		
「障害厚生年金」又は「障害手当金」を受給していますか	はい・請求中・ <input checked="" type="radio"/> いいえ		
上記で「はい」又は「請求中」と答えた場合	年金の種類	障害年金・障害手当金	年金の支給額
支給開始年月日	年 月 日	障害年金を受けている場合は基礎年金番号・年金コード	年金の支給要因となった傷病名
労災保険から休業補償給付を受けていますか。(又は過去に受けたことがありますか)	はい・請求中・ <input checked="" type="radio"/> いいえ		請求(支給)労働基準監督署名
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
退職後の方	老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか	はい・請求中・いいえ	
	老齢(退職)年金の名称	基礎年金番号及び年金コード又は記号番号もしくは番号	支給開始年月日
			年間支給額
			円
			円
			円
	雇用保険の失業給付等の現在の状況について	はい・請求中・延長中・いいえ	請求(支給)公共職業安定所名
振込先金融機関名	銀行	支店	普通口座番号
			口座名義(フリガナ)

- ※ 在職者の場合、給与口座に振り込みます。(口座記入不要)
- ※ 任意継続被保険者の場合、健保給付金振込登録口座に振り込みます。(口座記入不要)
- ※ 障害(厚生)年金・障害手当金を受けている方は、「年金証書又はこれに準ずる書類の写」、「年金額(手当額)および支給開始日を証明する書類ならびに直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)」、「障害者手帳の写」を添付して下さい。
- ※ 老齢(退職)年金を受けている方は、「年金証書又はこれに準ずる書類の写」、「年金額および支給開始日を証明する書類ならびに直近の額を証明する書類(年金額改定通知書等)」を添付して下さい。
- ※ 業務外の理由による病気やけがのために労務不能となった場合でも、別の原因で労災保険から休業補償給付を受けている期間中は傷病手当金は支給されません。給付を受けている方は、「休業補償給付支給決定通知書の写」を添付して下さい。
- ※ 退職後の傷病手当金支給については雇用保険の失業給付の受給延長申請が必要です。「受給期間延長通知書の写」を添付して下さい。
- ※ 記載内容を訂正された場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)または訂正印を押印ください。

患者名	健保 花子										
傷病名	(1) 鎖骨骨折	療養の給付	(1) 令和 0 年 0 月 0 日								
	(2)	開始年月日	(2) 年 月 日								
	(3)	(初診日)	(3) 年 月 日								
発病又は負傷の年月日	令和 0 年 0 月 0 日	発病(負傷)	発病又は負傷の原因	左肩部強打							
労務不能と認められた期間	令和 0 年 0 月 0 日	00 日間									
上記期間のうち入院期間	令和 年 月 日から	日間	療養費用の別	健保 自費 公費() その他							
	令和 年 月 日まで		転 帰	治ゆ 繰越 中止 転医							
診療実日数	0 日	診療日を○で囲んで下さい	0 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							
			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							
上記の期間中における「主たる病状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)			手術年月日	年 月 日							
			退院年月日	年 月 日							
<p>鎖骨を骨折し、0/0初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。</p> <p>症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見</p> <p>骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後もリハビリが必要であったため、労務不能を判断した。</p>											
人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき	人工透析を実施又は人工臓器を装着した日	昭和・平成・令和	年 月 日								
人工臓器等の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他()										
上のおり相違ありません。											
医療機関所在地	〇〇県 〇〇市 〇〇町 2-2		令和 0 年 0 月 0 日								
医療機関の名称	〇〇総合病院										
医師の氏名	保険 次郎	(印)	電話 00 (0000) 0000								

※ 労務不能と認められた期間以降にご記入ください。
 ※ 記載内容を訂正された場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)または訂正印を押印ください。

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	令和 0 年 0 月 0 日 から	00 日間	
		令和 0 年 0 月 0 日 まで		
	上の期間の報酬の全部または一部を支払ったときは報酬額および期間	令和 0 年 0 月 0 日 から	の分	金 00,000 円 (日額 金 0,000円)
		令和 0 年 0 月 0 日 まで		(0 月 0 日支払)
上のおり相違ないことを証明します。				
事業所所在地	〇〇県 〇〇市 〇〇町 3-3	令和 0 年 0 月 0 日	【本件問合せ連絡先】	
事業所名称	〇〇〇〇(株) 〇〇事業所		所 属 名 (エキスパート)	
事業主名	事業所長 〇〇〇〇		担 当 者 氏 名 〇〇〇	
			内 線 番 号 000000	
			電話 00 (0000) 0000	

※ 勤務記録表(または賃金台帳)と給与明細書の写を添付して下さい。
 ※ 「初回申請分」には、申請期間とその期間前1か月分の勤務記録表と給与明細書の写も添付して下さい。
 ※ 記載内容を訂正された場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)または訂正印を押印ください。