

傷病手当金請求書

1枚目/2枚中

ミットヨ健康保険組合理事長 殿

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証記号		被保険者証番号		申請日	年	月	日
	氏名	氏		名	社員番号			
					生年月日	年	月	日
	所属名称							
	住民票住所	〒 -						
	勤務状況及び賃金支給状況についてはこれを証明するため、事業主が被保険者に代わって、出勤簿及び 賃金台帳の写しをミットヨ健康保険組合に提出することに同意します。					同意する		同意しない
	申請の傷病について、健康保険組合が診療を担当した医療機関へ、医療行為または受診状況等、支給決定に必要な情報を求めることについて同意します。					同意する		同意しない
	発病又は負傷の年月日	年	月	日	傷病名			
	発病の状態又は負傷の場合はその原因					負傷の場合、第三者行為によるものですか		
						いいえ		はい
	労務に服することができなかった期間	年	月	日から	年	月	日	日間
	障害年金、障害手当金を受給していますか	受給していない		受給中		手続中		
		受給中・手続中の場合、年金の種別		受給年月日		年金額(年間)		
				年		月	日	円
		年金の支給事由となった傷病名		障害年金を受けている場合は基礎年金番号・年金コード				
労務に服することができなかった期間において労災による給付を受けていますか				受給していない		受給中		手続中
任意継続者、資格喪失者の方のみ記入 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。	受給していない		受給中		手続中			
	受給中・手続中の場合、老齢(退職)年金の名称		受給年月日		年金額(年間)			
			年		月	日	円	
	基礎年金番号及び年金コード							
給付金受取方法	A. 事業主経由での支給 (在職中の方が記入)		【委任状】この申請に基づく給付金の受領を事業主に委任いたします。					
			年	月	日	被保険者氏名		
	B. 個人口座へ支給 (任意継続者、資格喪失後の方が記入)	銀行名			支店名			
		種別	普通	当座	口座番号			
		口座名(カナ)						

被保険者のマイナンバー記載欄

健保組合受付欄

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

傷病手当金請求書 (医師意見・事業主証明)

2枚目/2枚中

【医師意見欄】

療養を担当した医師が意見を書くところ	患者氏名		発症又は負傷年月日	年	月	日		
	傷病名		療養を開始した年月日	年	月	日		
	発症又は負傷の原因							
	労務不能と認めた期間および日数	年	月	日	から	日間	左記期間中の診療実日数	日
		年	月	日	まで			
	上記期間中に入院した期間がある場合、期間および日数	年	月	日	から	日間	転記	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> その他()
年		月	日	まで				
◎労務不能と認めた期間に行った療養の内容 ※全ての項目についてできるだけ詳細に記入してください。 ・投薬 : <input type="checkbox"/> あり(月 日に 日分) ・ <input type="checkbox"/> なし(理由:) ・通院指導の有無: <input type="checkbox"/> あり(月に 回、週に 回、その他) ・ <input type="checkbox"/> なし(理由:) ・療養の指示内容、経過概要:(検査・手術を行った場合はその内容についてもご記入ください)								
うえのとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療機関の名称 医師名 所在地 電話番号								

【事業主証明欄】

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間および日数	年	月	日	～	年	月	日	日間	
	労務につけなかった期間に対して賃金を支給しました(します)か?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
	◎報酬・通勤手当費等を支給した場合、その期間と報酬額をご記入ください。(勤怠表を添付してください) ※出勤日および有給(年休)日に対する報酬は含めないでください。									
	報酬種別	期間				区分		総支給金額		
		年	月	日	～	年	月	日	<input type="checkbox"/> 日額 <input type="checkbox"/> 月額 <input type="checkbox"/> 期間額	円
		年	月	日	～	年	月	日	<input type="checkbox"/> 日額 <input type="checkbox"/> 月額 <input type="checkbox"/> 期間額	円
	年	月	日	～	年	月	日	<input type="checkbox"/> 日額 <input type="checkbox"/> 月額 <input type="checkbox"/> 期間額	円	
上記確認のうえ、事実と相違ないことを証明します。 事業主所在地 神奈川県川崎市高津区坂戸一丁目20番1号 名称 株式会社 ミットヨ 事業主氏名 代表取締役社長 沼田 恵明										
							事業主確認日		確認者	
							年 月 日			