

保険証の記号・番号を記入してください

傷病手当金請求書(第1回)

被保険者の記入欄	被保険者証の記号・番号	1 - 248999	事業所の名称	河合楽器製作所	
	傷病名	胃潰瘍	発病又は負傷の年月日	(令和) 1年 6月 10日	
			発病又は負傷の原因(詳しく記入)	6/10の朝、激しい胃痛があり、病院へ受診したところ入院となった。	
傷病による休業期間	(令和) 1年 6月 10日 から (令和) 1年 7月 2日 23日間	障害厚生年金または、障害手当金を受給していますか	* はい <input checked="" type="radio"/> いいえ 請求中		
事業主証明欄	本人の給与の種類	* 月給・日給月給・販売月給・時給・その他	事業主の住所(所在地)・氏名(名称)と印		
	労務に服さなかった期間	() 年 月 日から () 年 月	本人の業務の種類	左記のとおり相違ないことを証明します。() 年 月 日	
	上記期間中に給料手当等を支給した(する)		事業主の記入欄		
	支給金額	円 支給期間 月 日 日間			
診療担当者の意見欄	傷病名	発病又は負傷の日 () 年 月 日	発病又は負傷の原因		
	療養の給付開始日	() 年 月 日	診療 入院 月 日 から 日 期間 月 日 日間		
	労務不能と認められた期間	() 年 月 日から () 年 月 日	診療 入院 月 日 から 日 期間 月 日 日間		
	上記期間の主たる症状・経過(詳細に)	診療担当者の記入欄			療担当者の住所・医療機関名・氏名と印
労務不能と認められた医学的な所見	記のとおり相違ありません。() 年 月 日				
請求者	上記のとおり請求します。なお、支払いについては、下記指定のとおりお願いします。				
	(令和) 1年 7月 15日	住所 〒 430 - 0925	浜松市中区寺島町 9999		
給付金受取先	フリガナ	ケンポ カズオ			
	氏名	健保 和夫 (印) ← 請求書が請求者の自筆であれば捺印不要			
給付金受取先	被保険者との関係 * <input checked="" type="radio"/> 本人・配偶者・子・直系尊属・その他				
	下記指定の口座に振り込み願います。				
ゆうちょ銀行 記号 番号					
フリガナ 銀行 本店 普通 金庫・農協 支店 当座 口座番号					

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。

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。また、番号が他の人に見えないように封筒に入れて提出してください。

備考

(注意事項)

- *欄は該当の文字を○で囲んでください。
- 訂正箇所は請求者印と同一印で押印してください。
- 原則給与口座に振り込みますので、給付金受取先の記入は不要です。

請求者は被保険者本人となります。

健保受付印