

請求種別・請求回数は
未記入で可

傷病手当金
傷病手当付加金 (注3)
延長傷病手当付加金 (注3)

健保ホームページにありますので、
必要な方は取り出して下さい。

○新規請求のときは、別紙「傷病手当金及び同付加金請求に伴う状況報告書」を作成のうえ、本請求書に添付して請求して下さい。

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	記号 番号	保険証を参照して記入して下さい	下記のとおり請求します。 支給金額の受領を事業主に委任します。(注1) ↓請求する日を記入 平成 年 月 日 フリガナ ミツビシ タロウ 被保険者氏名 三菱太郎 (三印) 生年月日 昭和 36年 9月 20日 平成 給付先振込先銀行口座(本人名義のもの)
	事業所名称	所属する会社(事業所)の名称を記入		
	所属	所属部署を記入		
	療養のために 休業した期間	療養により実際に休んだ期間を記入		
	退職者 欄 (注2)	この欄は退職者が請求する場合記入して下さい。記入漏れの無いようにお願いします。 (退職後であっても、在職中期間の請求は記入不要です。)		

※ この欄は医師(主治医)が記入する欄です ※

上記「被保険者の記入欄」を記入後、医療機関(主治医)に作成を依頼して下さい。
意見記入欄の作成には自己負担が発生します。

医師の意見記入が終わりましたら、事業所の健康保険担当窓口にご提出ください。

【注】医師が記載したものの請求者が改ざんした場合、公文書偽造となり処罰の対象となりますのでご注意ください。

※ この欄は会社(事業所)が記入する欄です ※

勤怠証明欄は無記入でお願いします。

締切日(毎月23日)間際の請求はトラブルのもとになりますので、お早めにご請求下さい。

健 保 組 合 記 入 欄	支 給 決 定 並 び に 支 出 伺	支給期間	平成 年 月 日	日間	標準報酬 月 額	千円	標準報酬 日 額	円		
		給付金種別	支給率	支給日額	給与年金等 受給日額	差引支給 日 額	支給日数	支給額		
		傷病手当	2/3	円	円	円	日	円		
		傷病手当 付加金	1/30							
		延長傷病 手当付加金	50%							
		傷病手当支給開始年月日			平成 年 月 日	支給額 合計				
		延長傷病手当 支給開始年月日			平成 年 月 日	常務理事	事務長	主任	担当	
		支給決定年月日			平成 年 月 日					
		資格喪失年月日			平成 年 月 日					

(注) 1. 毎月23日を受付締切日とし、記入内容及び添付書類等を審査し、在籍分は事業所宛・退職後分は指定口座へ翌月振込みします。

2. 退職者記入欄は該当者のみ記入してください、記載漏れの無いようにお願いします。

3. 資格喪失日以降の給付(退職後給付)については傷病手当金(法定分)のみとなり、付加金は給付いたしません。

4. 支給日額に円未満の端数が出た場合は四捨五入して円単位を算出し支給額を決定します。