

記入例

傷病手当金支給決定額 _____ 円 (健保組合使用欄)

傷病手当金請求書 (第 1 回)

記号 - 番号	事業所の名称	部署	業務内容	
1 - 12345 ※1	大王製紙	総務課	支払処理等	
氏名	生年月日	住所	電話連絡	
大王太郎	昭・平 3年 12月 1日 (33 歳)	〒 123 - 4567 愛媛県四国中央市三島朝日2-12-45	080-1234-5678	
傷病名			発病又は負傷年月日	
例1:右足首捻挫 例2:大腸がん			昭・平・令 5年 10月 1日	
発病又は負傷の原因 (詳細) ※記入必須	例1:自宅で掃除をしていた際、脚立から落ちて腰椎圧迫骨折 当日医療機関を受診し、現在は自宅安静で過ごしている。 例2:健保組合での大腸がん検診の結果、要精密検査とあり、外部医療機関での 精密検査で発覚した。現在は通院にて治療開始。			
療養のため休んだ期間 (請求期間)	令和 5年 10月 1日 ~ 令和 5年 10月 25日			
他健保組合からの 傷病手当金受給状況	<input checked="" type="checkbox"/> 受給履歴有 ⇒ 以下記入 <input type="checkbox"/> 受給履歴なし 傷病名:虫垂炎 健保組合名:協会けんぽ 愛媛支部			
年金受給の有無 ※2	<input checked="" type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 申請中 (年金 ・ 障害手当金)			
年金受給開始日	年金額(年額)	障害厚生年金・手当金		
昭和・平成・令和 年 月 日	円	上記年金受給中の方は、 年金通知書(写)をご提出ください。 ※在籍中に老齢年金の受給をされている		
(委任の場合) _____ を代理人として上記金額の受取方を委任します。				
振込先金融機関	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
ふりがな 銀行 金庫 農協	ふりがな 〇〇支店	1. 普通 2. 当座	1 2 3 4 5 6 7	ふりがな だいおう たろう 大王 太郎

※1. 記号と番号が不明な場合は国のマイナポータルより確認してください。

2. 障害厚生年金、老齢年金等の受給がある場合には、支給を証明する書類の写し(通知書、在籍中に老齢年金の受給をされている方は提出は不要です。

3. 傷病手当金請求書は月毎に記入が必要です。

4. 資格喪失後、初回の申請時は療養状況等調査票兼同意書を合わせてご提出ください。