保険証を確認の上必ず「記号」「番号」を記載して下さい。

傷　病　手　当　金　請　求　書（第　　回目）

2枚目中の１

険組合 理事長 殿　　ます。　　令和 ○年 5月 20 日

郵便が届く住所と日中に連絡が取れる電話番号を記載して下さい。

骨折・椎間板ヘルニア等「外傷性」の場合は「負傷届」を別途提出して下さい。

被保険者（請求者）記入欄

被保険者 記号と番号	8	123456	リテール㈱	部・室 店名	幕張店	担当 部門	デリカ
被保険者の氏名	伊音　花子		〒○○○－○○○○ 千葉市美浜区○○町1-2-3				
	平 ○○ 年 ○ 月 ○ 日生		中連絡が取れるもの）	TEL 090（1234 ）5678			
	右中指骨折		発病の状態又は負傷の原因	自宅の玄関ドアに指を挟んだ			
※要負傷届	の行為（第三者行為）によって負傷したものですか？	はい ・ いいえ	業務中または通勤途中ですか？	はい ・ いえ			
今回、傷病又は負傷の療養をするために休んだ期間（申請期間）	平・令 ○○ 年 1 月 7 日から 平・令 ○○ 年 2 月 28 日まで 53日間		あなたの仕事の内容を具体的に記入して下さい。				
上記期間中、報酬を受けた又は受けられるときはその報酬額及び期間	平・令 ○○ 年 1 月 7 日から 平・令 ○○ 年 1 月 8 日まで 10,000 円		惣菜作り・商品売り場陳列				
年金について 受給している方は通知書の写しを添付して下さい	障害年金又は障害手当金を受給していますか いいえ ・ 請	基礎年金番号	障害年金又は障害手当 の受給の原因となった傷病名				
	老齢又は退職を事由と給していますか（※資 いいえ ・ 請求中 ・ は	年金	記号				
送金銀行 ＊ゆうちょ銀行不可	○○ 銀行 信金	○○ 本店 支店	口座番号	123456	フリガナ 口座名義	イオン ハナコ 伊音　花子	

申請期間中有給休暇等を取得のため報酬が払われる期間と金額を記入して下さい。

「具体的」に「詳しく」記入して下さい。

ゆうちょ銀行不可

「年金について」欄は必ず記入して下さい。

※ 取を代理人に委任する時記入して下さい

に関する受領を代理人に委任します。

険組合 理事長 殿　　令和　　年　　月　　日

委任状

本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

被保険者の住所	〒	被保険者の氏名			
代理人の住所	〒	代理人の氏名		被保険者との関係	

被保険者マイナンバー記入欄（被保険者記号番号を記載した場合は不要）	＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊	

組合処理欄

標準報酬月額　　千円（ただし　年　月　日から　千円に変更）	被保険者台帳照会
〈法　定〉 ¥　　×2/3×　　日＝¥ ¥　　×2/3×　　日＝¥ 計　¥	資格取得 ・　・ 資格喪失 ・　・
法第108条該当額　（標準報酬日額 ¥　　-日額¥　　）×　　日 ＝ ¥ （年金） ¥　　×　　日＝¥ （各種手当） ¥　　×　　日＝¥	支給開始日 ・　・
支給金額合計 ¥	
（註）待期日（　日）＋出勤（　日）＋有給休暇（　日）＝計（　日）除く	出納日印

支給決定		支給決定伺			支給決定通知
決定年月日	常務理事	事務長	課長	係	令和
令和					

A4サイズで印刷のこと

被保険者（請求者記入）	被保険者証の記号と番号			氏　名	

2枚目中の2

イオン健康保険組合

医師又は歯科医師の意見欄

患者氏名	伊音　花子
傷病名	右中指骨折　　平・令 ○○ 年 1 月 7 日　療養の給付開始（または初診日）
発病または負傷の年月日	平・令 ○○ 年 1 月 6 日　発病 負傷　　発病または負傷の原因：自宅玄関で指を挟み負傷
労務不能と認めた期間	平・令 ○○ 年 1 月 7 日から　平・令 ○○ 年 2 月 28 日まで 53 日間　　左記期間中の入院日数：平・令　年　月　日から　平・令　年　月　日まで　日間　　手術年月日：平・令　年　月　日
診療実日数	4 日　診療日を○で囲んで下さい。

1 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

2 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

傷病の主たる症状及び経過

労務不能と認めた期間における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）

患部の腫れ、レントゲンにより骨折を認め、患部の固定、痛み止めを処方した。

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

痛みの継続、患部固定、リハビリ、自宅療養を指示し、上記期間労務不能を認めた。

医学的な所見を詳しくご記入頂いて下さい。

医療機関所在地・名称及び医師氏名

上記のとおり相違ありません。

○○ 年 2 月 28 日

証明日は労務不能と認めた期間よりも後の日付を記

住所（所在地）　千葉市美浜区○○町1-3-8

医療機関名　○○クリニック

医師氏名　幕張　太郎

※ 医療機関の所在地・名称はゴム印（スタンプ等）を使用してください。

事業主証明欄

被保険者氏名	伊音　花子　　給与締め日と支給日：20 日締 → 当月・翌月 25 日払
労務に服さなかった期間	平・令 ○○ 年 1 月 7 日 から 平・令 ○○ 年 2 月 28 日 まで 53 日間

上記期間中に支払われる（支払われた）報酬等があれば一ヵ月毎ご記入下さい。

報酬等の名称	平・令 ○○年 1月度 ※出勤日・有給休暇に対してのみ支給の場合は（日割）に○	平・令 ○○年 2月度 ※出勤日・有給休暇に対してのみ支給の場合は（日割）に○	平・令 ○○年 3月度 ※出勤日・有給休暇に対してのみ支給の場合は（日割）に○	合計
基準給与（有給休暇等）	10,000 円 2 日間 平・令○○年 1月 7日～ 平・令○○年 1月 8日分	円 日間 平・令 年 月 7日～ 平・令 年 月 日分	円 日間 平・令 年 月 日～ 平・令 年 月 日分	2 日間 10,000 円
通勤手当 ※1）	5,000 円 （日割）	5,000 円 （日割）	0 円 （日割）	10,000 円
住居手当（住宅助成金等）	35,000 円 （日割）	35,000 円 （日割）	35,000 円 （日割）	105,000 円
扶養手当（家族手当等）	円 （日割）	円 （日割）	円 （日割）	円
単身赴任手当	円 （日割）	円 （日割）	円 （日割）	円
（　　）手当	円 （日割）	円 （日割）	円 （日割）	円
（　　）手当	円 （日割）	円 （日割）	円 （日割）	円

＜その他事項＞

※１）　通勤手当を6ヵ月定期代等で支給している場合は上記期間中一ヶ月あたりの金額をご記入下さい。また定期券等を現物給付している場合も記入が必要です。

上記の通り相違ないことを証明します。　○○ 年 4 月 22 日

事業所所在地　千葉市○○区○○　△-△-△

名称　イオンリテール㈱

事業主氏名　○○ ○○

証明者は健康保険組合に届出のある事業所住所・事業主となります。店長・直属上司等の証明ではございませんので、本社等の人事関連部署へ提出して事業主証明を受けてください。

※３ヵ月を超えて証明する場合は当ページをコピーして超えている部分をご記入・ご証明下さい。

A4サイズで印刷のこと

（被保険者への注意事項）

1. A4サイズの用紙２枚で一回分の請求書となります。
2. 医師による証明が必要です。医師に提出し「2枚目中の2」の医師の意見欄に記入いただいてください。
3. 事業主による証明が必要です。事業主人事に提出し「2枚目中の2」の事業主証明欄に事業主証明を受けてください。
4. 退職後の継続給付で請求される場合は、在職時の「記号・番号・氏名」にて請求して下さい。事業主による証明は不要です。
5. 標題（第　　回目）欄には、同一疾病、負傷又はこれにより発した疾病について、傷病手当金の請求をした回数を記載して下さい。
6. 「年金について」欄は必ずご記入いただき、年金を受給している方は、「年金通知書」の写しと直近の年金振込通知書の写しを添付して下さい。障害年金を受給している方は、「障害者手帳」（病名の記載があるもの）の写しも添付して下さい。
7. 給付金の受領を代理人（家族・会社など）に委任する場合は、委任欄に必要事項を記入して下さい。

（お医者様へのお願い）

1. 「療養の給付開始」の欄は、初診日を記載するのではなく、できるだけその傷病について健康保険による療養を始めた日を記載して下さい。
2. 「傷病の主たる症状及び経過」の欄は、なるべく詳しく記載して下さい。特に、手術をした場合は、手術の名称と手術年月日を、また、結核性の疾病については検痰成績、安静度、赤沈値、理学的所見などを記載して下さい。
3. 「労務不能と認められた医学的な所見」の欄は、その状況で本来の業務に就けない具体的な理由を記載して下さい。

（事業主への注意事項）

1. 労務に服せなかった期間と日数、報酬の支払いがある場合は、その期間と日数、金額を証明して下さい。
2. 請求期間にかかる「出勤簿」「給与明細書」を添付して下さい。

（皆様へお願い）

1. 消せる筆記用具（鉛筆・フリクション等）での記載では受け付けておりません。