

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

下記のとおり請求します。

令和 ○年 5月 20日

被保険者証の記号と番号	8	123456	〒000-0000 千葉県美浜区〇〇町1-2-3	テール(株) 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		〒000-0000 千葉県美浜区〇〇町1-2-3		
傷病の種類	骨折・椎間板ヘルニア等「外傷性」の場合は「負傷届」を別途提出のこと。 右中指骨折		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。 TEL 090 (1234) 5678		
発病の状態又は負傷の原因	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				
この行為(第三者行為)によって負傷したものでか?	はい・いいえ		業務中または通勤途中ですか?		はい・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・請求中・はい		基礎年金 障害年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名		
	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(※資格喪失者のみ記入) いいえ・請求中・はい		年金 記号 号		
送付先	銀行 信金	〇〇	本店 支店	口座 番号	フリガナ 口座名義 イオン ハナコ 伊音 花子
※	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。				
委任状	イオン健康保険組合 理事長 殿 令和 年 月 日 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。 ※シャチハタ印は使用しないで下さい。				
	被保険者の住所	〒	被保険者の氏名と印	印	
	代理人の住所	〒	代理人の氏名と印	印	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)				資格取得
	¥ × 2/3 × 日 = ¥				資格喪失
	¥ × 2/3 × 日 = ¥				
	計 ¥				
	法第108条該当額 (標準報酬日額 ¥ - 日額 ¥) × 日 = ¥				支給開始日
	(年金) ¥ × 日 = ¥				
	(各種手当) ¥ × 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					

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・令〇〇年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・令〇〇年1月6日	発病または負傷の原因 自宅玄関で指を挟み負傷
	労務不能と認められた期間	平・令〇〇年1月7日から 53 日間 平・令〇〇年2月28日まで	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
	診療実日数	4 日	手術年月日 平・令 年 月 日
	傷病の主たる経過	労務不能と認められた期間における「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。

証明日は労務不能と認められた期間よりも後の日付をご記入頂いて下さい。

幕張 印

※ 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・令〇〇年1月7日から 53 日間	平・令〇〇年2月28日まで	
	上記期間中に支払われる(支払われた)報酬等があればご記入下さい。			
	報酬等の名称	平・令〇〇年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・令〇〇年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・令〇〇年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○
	基準給与(有給休暇等)	10,000 円 2 日間	円 日間	円 日間 2 日間
	通勤手当 ※1)	平・令〇〇年1月7日～ 平・令〇〇年1月8日分 5,000 円 (日割)	平・令 年 月 日分 5,000 円 (日割)	平・令 年 月 日分 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

< 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。

事業所所在地 千葉県〇〇区〇〇 Δ-Δ-Δ

名称 イオンリテール(株)

事業主氏名 〇〇 〇〇

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・支部長等の証明ではございませんので、在籍中の方は本社等の人事関連部署経由で健康保険組合へご提出お願いします。

〇〇年 4 月 22 日

(被保険者への注意事項)

1. 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。
2. 「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。
3. 給付金の受領方を他人（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。
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。

(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。

(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。