

傷病手当金請求書

健康保険

被 保 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号-番号		被保険者(請求者)の氏名・印		生年月日		被保険者捨印		
	123 - 456		フリガナ ミナト ショウタ 港 翔太 (港)		1. 昭和 3 年 5 月 9 日 2. 平成			(港)	
	住所				電話番号				
	〒 153 - 0061 東京都目黒区中目黒〇-〇-〇				03-△△△△-△△△△				
	事業所 名称		所在地		業務の種別				
	芝浦港運株式会社		〒 108 - 0023 東京都港区芝浦〇-〇-〇		営業				
	傷病名		急性虫垂炎						
	発病又は負傷の年月日		平成 29 年 9 月 24 日		療養の給付を開始した年月日		平成 29 年 9 月 24 日		
	発病の状態又は負傷の原因を詳しく		9月24日朝、激しい腹痛が起こり、すぐ通院					第三者行為によるものですか いいえ ・ はい	
	傷病又は負傷の療養するために休んだ期間(請求期間)		平成 29 年 9 月 24 日 から		平成 29 年 10 月 31 日 まで		38 日間		
上記の期間、報酬を受けましたか、又は受けられますか		はい ・ いいえ		報酬の支払を受けた(受けられる)ときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間		平成 29 年 5 月 1 日 から 通勤手当 の分として 平成 29 年 10 月 31 日 まで 90,000 円 平成 29 年 9 月 1 日 から 住宅手当 の分として 平成 29 年 9 月 30 日 まで 10,000 円			
障害厚生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		障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名		基礎年金番号			
資格喪失者及び任意継続被保険者の方		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		いいえ ・ 請求中 ・ はい					
		年金コード又は記号番号もしくは番号							
		年金額							
同意書		私は、この傷病手当金の請求に関し、東京港健康保険組合が医療機関等に対し病状等の問い合わせする事について同意します。							
		平成 29 年 11 月 30 日		被保険者氏名		港 翔太 (港)			

・シャチハタ不可
・受取代理人の
欄と同じもの

・シャチハタ不可
・被保険者氏名、
受取代理人の
欄と同じもの

出勤簿
賃金台帳

【記入上の注意事項】

1. 第一回目の請求の際には出勤簿・賃金台帳の添付が必須です。また、二回目以降も報酬を受けている場合は出勤簿・賃金台帳の添付が必要です。
2. 業務の種別は、普段行っている仕事を具体的に記入して下さい。
3. 発病の状態又は負傷の原因を詳しくは、日時(いつ、何時頃)、場所(どこで)、何をしていた等[1H5W]、具体的に記入して下さい。
4. 傷病の原因が外傷性のケガ、又はヘルニアの場合は「**負傷の原因について**」、第三者行為によるものである時は「**第三者行為による傷病届**」を添付して下さい。
5. 障害厚生年金・障害手当金を受給している場合、また退職後に老齢年金を受給している場合は、傷病手当金と調整になるため、年金証書、これに準ずる書類の写し、年金額改定通知書等を添付して下さい。
6. 医師が意見を書く欄については、なるべく詳しく記入していただくよう申し出て下さい。
7. 労務不能期間中の診療実日数が0日間だった場合は、別紙「**日常生活状況申立書**」の提出が必要です。
8. 訂正がある場合は本請求書を返却し、訂正及び訂正印押印のうえ再提出していただきます。

受付日付印

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間	出勤は○印で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示してください。										出勤	有給	事業主捨印																							
	平成29年9月24日から 平成29年10月31日まで 38日間	29年 9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	計	日	日	事業主印
		29年10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	計	日	日	
		年 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	計	日	日	
		年 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	計	日	日	
	上記の期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した場合又は支給する場合	報酬の名称	支給対象期間										支給額																								
		通勤手当	5月	1日	～	10月	31日	90,000		円																											
		住宅手当	9月	1日	～	9月	30日	10,000		円																											
			月	日	～	月	日			円																											
	賃金計算	締日 末 日	支払日 25 日	給与の種類	月給・日給・日給月給・時間給・歩合給・その他																																
現在までも又は将来も上記の他に支給しますか			はい ・ <u>いいえ</u>																																		
上記のとおり相違ないことを証明します。										平成 29 年 12 月 4 日																											
事業主	住所 〒 108-0023 東京都港区芝浦〇-〇-〇										氏名		東京 健太		電話	()	事業主印																				
事業主	氏名										東京 健太		代表取締役		電話	()	事業主印																				

療養を担当した医師が意見を書く欄	傷病名	急性虫垂炎										医師捨印							
	発病又は負傷の年月日	29年	9月	24日								田町							
	療養の給付を開始した年月日	29年	9月	24日															
	発病又は負傷の原因	不詳																	
	労務不能と認めた期間	平成 29 年 9 月 24 日から	38 日間	左の期間中の診療実日数(入院期間も含める)	8 日間														
	上記期間中に入院した期間がある場合はその期間	平成 29 年 9 月 24 日から	7 日間	入院費用の別	健保・公費 自費・その他														
	傷病の主状態および経過概要等	腹痛の訴えを受け検査。検査の結果、虫垂炎を認め入院治療を必要とした。経過は良好であるが自宅療養が必要。																	
上記のとおり相違ないことを証明します。										平成 29 年 11 月 25 日									
所在地	〒 105-0001 東京都港区虎ノ門〇-〇-〇										氏名		田町 優子		電話	03 (△△△△)△△△△	田町		
医師	医療機関名										虎ノ門医院		氏名		田町 優子		電話	03 (△△△△)△△△△	田町

支払金融機関の欄	預金種別	1. 普通	銀行	本店
	2. 当座	金庫	支店	
口座番号			農協	フリガナ
			口座名義	

受取代理人の欄	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。										平成 29 年 12 月 4 日					
	被保険者(請求者)	住所 〒 153 - 0061 東京都目黒区中目黒〇-〇-〇										氏名		港 翔太		港
	代理人の住所	〒 108 - 0023 東京都港区芝浦〇-〇-〇										代理人の氏名・印		シバウラ リョウスケ		芝浦 涼介
	フリガナ												振込依頼書にて登録のもの			