

傷病手当金・傷病手当付加金請求書（第 1 回目）

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	記号 8 番号 9 9 9 9 9	請求回数を記入してください			
	② 資格を取得し た年月日	平成 20 年 4 月 1 日				
	③ 発病又は負傷 の年月日	平成 28 年 9 月 17 日				
	④ 傷病名	大腿骨折				
	⑤ 発病又は 負傷の原因	休日の散歩中に歩道橋の階段で滑って転倒し骨折した。				
	⑥ 業務の種別	事務職				
	⑦ 労務に服することが できなかった期間	平成 28 年 11 月 1 日から	平成 28 年 11 月 30 日まで 30 日間			
	⑧ 上記期間に報酬を受 けた場合、 または今後受けられ る場合	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間 円 円 給料が支払われた場合は、その期間と金額を記入してください。			
	⑨ 障害厚生年金または 障害手当金を受給し ていますか	いいえ はい* 下記⑦～⑩を全てご記入ください				
	選択して 記入ください。	⑦ 年金種別	⑧ 年金額	⑨ 年金の支給事由 となった傷病名	⑩ 年金の支給 開始年月日	⑪ 基礎年金番号
		障害厚生年金 障害手当金			平成 年 月 日	
	⑩ 今回の請求は労災 保険から休業補償 給付を受けた期間 のものですか	いいえ はい* 労災請求中	支給元労働基準監督署名 請求先労働基準監督署名	労働基準監督署 労働基準監督署		
	⑪ 振込希望の 銀行	「振込先」欄は記入不要です。給与口座へ振り込みます。 任意継続の方は資格取得申出書に記載された口座へ振り込みます				
⑫	上記のとおり請求します。 平成 28 年 12 月 6 日					
	被保険者の 住所	東京都港区健保町 2-2-28				
	氏名	健康太郎 ノバルティス 健康保険組合理事長 殿				
⑬ 備 考						

* はいの方は内容を証明できる書類のコピーを本請求書と一緒にご提出ください。
被保険者証の記号番号を記入した場合は備考欄へのマイナンバーの記入は不要です。

健保受付日付印



押印してください。

事業主が証明するところ	⑭ 労務に服さなかった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	
	⑮ 上記の期間中の分として支払う報酬関係	⑯ 全額支給した場合、又は支給する場合	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	の分として 金 円 [日額 金 円] (月 日支払)
		⑰ 一部支給した場合、又は支給する場合	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	の分として 金 円 [日額 金 円] (月 日支払)
		⑱ 現在までも又、将来も支給しない場合は、その旨		
	⑲	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 住所 事業主 名称 氏名 ⑩ 事業主の証明が必要です。 電話 局 () 番		

療養を担当した医師が意見を書くところ	⑰ 傷病名			⑱ 発病又は負傷の原因		
	⑲ 発病又は負傷の年月日	平成 年 月 日		⑳ 療養の給付を開始した年月日	平成 年 月 日	
	㉑ 労務不能と認めた期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	㉒ 診療実日数	日間	
	㉓ 傷病の主症状および経過概要					
	㉔	上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日 医療機関住所 医療機関名称 医師名 ⑪ 電話 局 () 番 医療機関での記入・証明が必要です。				

委任状	㉕ 本請求に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 平成 年 月 日 被保険者の 住所 氏名 ⑫
	代理人の 住所 名称 氏名 ⑬ 会社に委任する場合は記入・押印してください。