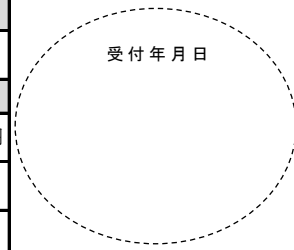


健保記入欄	常務理事	事務長	係員	係員	資格取得年月日	資格喪失年月日	受付整理No.
					令和 年 月 日	令和 年 月 日	
					支給決定年月日	支給予定年月日	標準報酬月額/日額
					令和 年 月 日	令和 年 月 日	円/円
	支給額				支給期間	年 月 日～ 月 日迄 (日間)	
				前回支給期間	年 月 日～ 月 日迄 (日間)		



健康保険 傷病手当金請求書 (第 1 回)

※ この請求書は、各事業所に提出してください (退職者は除く)

① : 被保険者記入欄	健康保険証の記号・番号	88 — 9999	会社箇所名	近鉄エクスプレス ○○営業所
	被保険者氏名	(フリガナ) キンテツ コウイチ 近鉄 航一	勤務先電話	03- 5555 - 6789
	発病又は負傷の年月日	令和 3年 12月 1日	生年月日	昭和 45年 6月 7日 平成
	発病又は負傷の原因	重い荷物を運ぶ際に腰を痛めた		
	労務に服することができなかった期間	令和 3年 12月 15日 ~ 令和 4年 3月 31日まで (107 日間)		
	障害年金、障害手当金、老齢年金を受給している場合	年金の種別	障害年金・障害手当金・老齢年金	年金の支給事由となった傷病名
		受給開始日	平成・令和 年 月 日	年金証書の記号番号
	被保険者名義振込先口座	みなと 銀行 品川 支店	普通当座	口座番号: 0123456 口座名義: キンテツ コウイチ
		ゆうちょ銀行をご希望の場合は、通帳右上記載の記号と番号もご記入ください		
		記号: 番号:		
近畿日本ツーリスト健康保険組合理事長殿 上記のとおり、傷病手当金を請求します。 令和 4年 4月 20日 〒105-0014 連絡先(携帯)電話 080 - 9876 - 5432 住所 東京都港区芝3-4-5 令和マンション1001号室 被保険者の署名 近鉄 航一				
② : 療養を担当した医師意見欄	傷病名	腰部椎間板ヘルニア	この欄は 医師が記入する欄です	
	発病又は負傷の年月日	令和 3年 12月 1日	診療開始年月日	令和 3年 12月 14日
	労務不能と認められた期間	令和 3年 12月 15日 ~ 4年 3月 31日まで (107 日間)	診療実日数	
	うち入院期間	令和 年 月 日 ~ 年 月 日まで (日間)		
	傷病の主症状及び経過の概要	腰部から下腿部にかけて痛みのため、長時間の座位が困難。現在通院によるリハビリ中		
上のとおり相違ありません。 令和 4年 4月 10日 医療機関の所在地 東京都新宿区新宿1-2-3 名称 新宿外科クリニック 医師の署名 大久保 健 電話 03- 5566 - 7890				
③ : 事業主証明欄	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで (日間)		
	上の期間中に支払った報酬はありますか?	「ある」場合は、下のA・Bに詳細をご記入ください。「ない」場合は、下のA・Bの金額欄に『なし』とご記入ください。		
	A: 全額を支払った期間	年 月 日から 年 月 日まで	金 円 (日額 円)	/ 支払
	B: 通勤交通費を支払った期間	年 月 日から 年 月 日まで	金 円 (日額 円)	/ 支払
	添付書類	<input type="checkbox"/> 出勤簿の写し 月 ~ 月分 (計 枚) <input type="checkbox"/> 貸金台帳の写し 月 ~ 月分 (計 枚)		
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話 - -			

※ 被保険者証の記号番号を記入した方は、記入不要
被保険者のマイナンバー記入欄(医師証明後に記入) →
記号番号に代え、マイナンバーを記入し申請する場合は、「個人番号確認」「本人確認」をするための添付書類が必要になります。