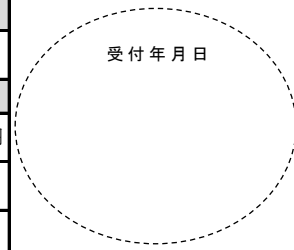


健保記入欄	常務理事	事務長	係員	係員	資格取得年月日	資格喪失年月日	受付整理No.
					昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	
					支給決定年月日	支給予定年月日	標準報酬月額/日額
					令和 年 月 日	令和 年 月 日	円/円
	支給額				支給期間	年 月 日 ~ 月 日迄 (日間)	
				前回支給期間	年 月 日 ~ 月 日迄 (日間)		



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	健康保険証等の記号・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	— —		
	発病又は負傷の年月日	令和 6年 8月 1日	生年月日	昭和 45年 6月 7日 平成	傷病コード(健保記入)	
	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 6年 8月 15日 ~ 令和 6年 11月 30日まで (108日)				
	障害年金、障害手当金、老齢年金を受給している場合	年金の種類別	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	1回目の請求は複数月にわたる請求ができますが、2回目以降の請求は一月分ごとの請求となります。	
		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 6年 12月 15日 〒105-00104 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	発病又は負傷の原因	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 6年 8月 1日	診療開始年月日	令和 6年 8月 14日		
	労務不能と認められた期間	令和 6年 8月 15日 ~ 6年 11月 30日まで (108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)	診療実日数	日		
	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。			医師の証明の日付は労務不能と認められた期間より後の日付で証明を受けてください	
	上のとおり相違ありません。 令和 6年 12月 8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	事業主から証明を受けてください			
	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 — —				

※ 被保険者証等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。