| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 支　給　額 | | | | | | | | | | | 円 |
| 支給決定の額 | 日　額　円 | 日数　日 | | | | | | | | | 円 |
| 支給期間 | 令和　年　月　日から<br>令和　年　月　日まで　日間 | | | | | | | | | | |
| 全部・一部不支給 | 令和　年　月　日から　日間<br>令和　年　月　日まで　円 | | | | | | | | | | |
| | 理由 | | | | | | | | | | |
| 平均標準報酬月額（傷病手当標準日額） | 千円<br>（　　円） | | | | | | | | | | |
| 備　考 | 支給額算定に用いる支給日額　　円 | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 受付年月日 | 令和　年　月　日 | | |
| 伺年月日 | 令和　年　月　日 | | |
| 決裁年月日 | 令和　年　月　日 | | |
| 支払年月日 | 令和　年　月　日 | | |
| 支給支払決議書 | | | |
| 常務理事 | 事務長 | 確認 | 担当 |
| | | | |
| 資格取得 | 年　月　日 | | |
| 資格喪失 | 令和　年　月　日 | | |
| 前回　始 | 令和　年　月　日 | | |
| 前回　終 | 令和　年　月　日 | | |

# 傷病手当金　請求書

（第　回目）

令和　年　月　日

サンリオ健康保険組合 理事長 殿

☐ 本請求書の提出を事業主へ委任し、下記のとおり請求いたします。（委任する場合は☑）

被保険者が記入すること

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 健康保険 | 記号 | | 被保険者の氏名 | | |
| | 番号 | | | | |
| 被保険者の現住所 | 〒<br>TEL　（　） | | | | |
| 事業所の名称 | | | 被保険者の標準報酬月額 | 千円 | |
| あなたの仕事の内容（具体的に） | | | | | |
| ① 傷病名 | 1) | 初診日 | 令和　年　月　日 | | |
| | 2) | | 令和　年　月　日 | | |
| | 3) | | 令和　年　月　日 | | |
| ② 発病の状態又は負傷した原因 | | | 第三者の行為（交通事故等）によるものですか | | |
| | | | はい・いいえ | | |
| ③ 疾病または負傷の療養をするために休んだ期間 | 令和　年　月　日から<br>令和　年　月　日まで　日間 | | | | |
| ④ ③の期間の分の報酬を受けましたか、または受けられますか | はい・いいえ | | | | |
| ⑤ 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか | はい・いいえ・請求中 | | | | |
| ⑤ 上記の受給の要因となった傷病名 | | | | | |
| 上記の受給または請求中の基礎年金番号と年額 | ―　円 | | | | |
| ⑥ 老齢または退職を事由とする年金を受給していますか（資格喪失後継続受給の方） | はい・いいえ・請求中 | | | | |
| 上記の受給または請求中の基礎年金番号と年額 | ―　円 | | | | |
| ⑦ 労災保険から休業補償を受けている期間の傷病手当金の請求ですか | はい・いいえ・労災請求中 | | | | |

振込を希望する本人名義の口座情報　※三菱UFJ銀行の口座をお持ちの方は、その口座の指定をお願いいたします

銀行
信用金庫　支店

| | | |
|---|---|---|
| 普通<br>当座 | 口座番号 | |

**正確に「フリガナ」をふってください**

| | |
|---|---|
| フリガナ | |
| 口座名義人 | |

☐マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑ 利用しない場合は上記の欄を記入）

※該当する全ての項目の記入をお願いいたします。

## 療養を担当した医師が意見を書くところ

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 患者氏名 | | | | |
| a | 傷病名および療養の給付を開始した日 | (1)<br>(2)<br>(3) | 療養の給付開始年月日 | (1) 令和 年 月 日<br>(2) 令和 年 月 日<br>(3) 令和 年 月 日 |
| b | 発病または負傷の原因 | | 発病または負傷の年月日 | 令和 年 月 日 |
| c | 労務不能と認めた期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 | | |
| d | cの期間を含む診療日（入院 ○ 、外来 △ で表示ください） | | | |
| | 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<br>診療実日数: 日 | | |
| | 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<br>診療実日数: 日 | | |
| e | cの期間中における「主たる症状及び経過」 | 「治療内容、検査結果、療養指導等」（詳しく） | | |
| | 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所見 | | | |

上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師の氏名

TEL ( )

## 事業主が記入するところ

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ア | 労務に服さなかった期間 | 令和 年 月 日 から<br>令和 年 月 日 まで | 日間 | | | |
| イ | 上記の期間中について 出勤 ○ ・有給 △ ・半休 □ ・無給 × で表示ください。 | | | | | |
| | 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<br>出勤: 日 有給: 日 無給: 日 | | | | |
| | 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<br>出勤: 日 有給: 日 無給: 日 | | | | |
| ウ | 給与の種類（○で囲んで下さい） | 月給 ・ 日給 ・ 時間給 | 賃金計算 | 締め日 日 | 支払日（該当にチェック） | □ 当月 日<br>□ 翌月 日 |
| エ | アの期間の分として支払う報酬関係 | ① 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間 円 | | ③ 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間 円 | | |
| | | ② 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間 円 | | ④ 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間 円 | | |
| オ | 現在までもまた将来も支給しない場合はその旨 | | | | | |

本請求は私傷病に起因するものであり、上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日

住所

事業主

氏名

TEL ( )

## 委任状

本請求書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日

本人 住所

氏名

代理人 住所

氏名 TEL ( )

代理人の口座情報

銀行
信用金庫 支店

| | | | |
|---|---|---|---|
| 普通<br>当座 | 口座番号 | フリガナ | |
| | | 口座名義人 | |