

* 傷病手当金請求に関するお問合せ先は、事業主(所属会社の総務人事)です。

(サンリオは人事が指定する問合せ先)

* 傷病手当金は給与に代わり支給されるため、基本的に1か月ごと(月末締)に記入してください。
初回請求時のみ、2か月(翌月末まで)を記入してかまいません。

1. 請求書は両面印刷で可

2. 青の二重線枠内を被保険者(本人)がすべて記入(記入もれがある場合、受理できません)

3. 赤の点線枠内を、医師に記入してもらってください

4. 2・3の記入後、被保険者が事業主へ提出(事業主は該当欄に記入し添付書類と共に健保へ提出)

※被保険者記入③欄に在職期間を含むあいだは事業主の記入が必要なため、事業主へ提出

傷病手当金 請求書

(第 回)

サンリオ健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

下記のとおり請求します。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	健康保険	記号 番号	被 保 険 者 の 氏 名													
	被保険者の現住所		〒													
	事業所の名称								Tel ()		被 保 険 者 の 標 準 報 酬 月 額				この欄は未記入でも可	
	①	傷病名	1) 2) 3)						初 診 日	令和 年 月 日 令和 年 月 日 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 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	給与等の支給の有無を記入						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													
	⑥	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																
⑦	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														
上記の受給または請求中の基礎年金番号と年 額																
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																
被保険者(本人)名義の口座を記入 ※できたら「三菱UFJ銀行」の口座を指定願います																
普通 当座	口座番号											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)																

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を 書 く と こ ろ	患者氏名		※該当する全ての項目の記入をお願いいたします。		
	傷病名および	(1)		(1) 令和 年 月 日	
	医師が記入・証明する欄 ※次の場合、給付金が支払われない場合があります。 ・医師の署名がない ・③欄の期間中に1日も通院/入院記録がない ・医師の証明日が③欄の期間の途中日である（その場合、医師は証明日までの状態しか証明していないとみなし、証明日の翌日以降は給付対象外となります）				日
					日
					月
					日間
					30 31
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日				30 31
	医療機関所在地 医療機関名 医師の氏名 TEL ()				30 31
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 令和 年 月 日まで	日間	
	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。				
	事業主（所属会社の総務人事）が記入・証明する欄				日
					30 31
					日
					間
					円
					円
					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。				日
	記入不要				
代理人 氏名 TEL ()					