＊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
（退職後、③欄の期間が全て退職日以降になってからの請求書は、本人が健保へ直接提出してください）

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

↓被保険者記入③欄に在職期間を含む場合✓を記入

☐ 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	〒 TEL　（　）				
事業所の名称			被保険者標準報酬月額	この欄は未記入でも可	千円
あなたの仕事の内容（具体的に）					
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	○で囲んでください	
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				
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）					
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				

障害厚生年金、障害手当金、老齢退職年金を受給している方は、
日本年金機構発行の最新の「年金証書（写）」、
「年金振込通知書（写）」、「年金額改定通知書（写）」
を添付してください（※改定があった場合はその都度）

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

正確に「フリガナ」をふってください

銀行
信

普通 / 当座　口座番号

被保険者（本人）名義の口座を記入
※できましたら「三菱UFJ銀行」の口座を指定願います

☐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)
(2)

療養の給付開始年月日

(1) 令和 年 月 日
(2) 令和 年 月 日

日
月
日間
0 31
0 31

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）

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
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。

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

日
0 31
日
日
日
間
円
間
円
日

事業主（所属会社の総務人事）が記入・証明する欄

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

住所

本 人

委任する場合のみ記入

信用金庫 支店

普通 当座	口座番号							フリガナ	
								口座名義人	