

傷病手当金 請求書 (第 回目)

被 保 険 者 の 記 入 欄	①被保険者証の 記号・番号	記号 番号	②被保険者(請求 者)の氏名及び印	(年 月 日生)	㊟
	③同意文書の承諾 及び印	私は、健康保険法に基づき傷病手当金の支給決定を行うにあたり、貴健康保険組合が関係機関に対して、給付記録・診療履歴・年金等 他の法令による保険給付受給に関する情報等の照会を行うこと、また、関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。			㊟
	④被保険者(請求者) の住所	〒 TEL			
	⑤事業所の名称	TEL	⑥問合せ先 (携帯電話)	TEL	
	⑦資格取得年月日	年 月 日	⑧あなたの業務種別 (仕事内容)		
	⑨発病又は負傷の年 月日	年 月 日	⑩発病・負傷の原因	⑫第三者行為によるものか	
	⑩傷病名			(はい・いいえ)	
	⑬請求期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
	⑭請求期間中の症 状・過ごし方(詳 しく)				
	⑮請求期間中の 通院について ※全請求期間入院の場 合も入院中のことにつ いて記載して下さい。	受診日	診療内容:		
		投薬内容:			
		医師からの指示内容:			
	⑯いつごろから就労可能か	1. 年 月 日頃 2. 判らない(理由:)			
	⑰公的年金または障害手当 金を受給していますか (あてはまるものに○)	(基礎年金・老齢年金・障害厚生(基礎)年金・障害手当金)を 受給している・手続中・これから手続予定・受けていない 障害年金または障害手当金の受給原因となった傷病名 ()			
⑱支払金融機 関の欄	銀行 金庫	本店 支店	受 取 代 理 人 の 欄		
	種類	1・普通 2・貯蓄 3・当座	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します		
	口座番号		被保険者 住所 (請求者) 氏名 ㊟		
	フリガナ 預金名義人		被保険者からみた代理人との関係		
			代理人 住所 (預金名義人) 氏名 ㊟		

備考欄 ※①欄に被保険者証の記号・番号の記載があれば個人番号の記載は必要ありません。

受付印

※裏面の記入方法を必ず確認して下さい。 東京織物健康保険組合 03-3661-2254
初めての請求のとき及び賃金計算期間中に出勤、有給等、報酬があるときは、①の期間を含む出勤簿(タイムカード)写・賃金計算期間の賃金台帳(給与明細書)写(直近から6ヵ月分)を添付してください。

事業主の証明欄	①労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間				
	うえの期間の分として 支払う報酬関係	②期間中に全額支給または一部支給となる場合の報酬額の内訳・計算方法	該当あり(下記または別紙に計算方法を記載して下さい) 該当なし			
		③給与の支払形態	月給(日額) 円	日給 円	時給 円	その他 円
		④給与の締切日・支払日	毎月 日〆切の 翌月・当月 日払い	⑤交通費の支払 有・無	直近の定期券代(ヶ月)・ガソリン代・その他 月 日から 月 日まで 円支払った	
		⑥現在までも、また将来も支給しない場合は、その旨			精算をした・しない	月 日から 月 日まで 円
		うえのとおり相違ありません				
①の期間以降に証明してください 年 月 日						
事業所所在地 名 称 事業主氏名 ㊟ TEL - -						

※事業主の証明・添付書類に関して担当者・社会保険労務士の氏名
氏 名 電話番号 - -

療 養 を 担 当 し た 医 師 の 意 見 欄	患者氏名				
	①傷病名	(1)	療養の給付 開始年月日 (初診日)	(1)	年 月 日
		(2)		(2)	年 月 日
		(3)		(3)	年 月 日
	②発病又は負傷の 年 月 日	年 月 日	③発病又は負傷の原因		
	④労務不能と 認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	入院の 費用の別	健保・自費 公費・老健
	⑤うえの①の期間中 に入院したときは その期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	転 帰	治癒・繰越 中止・転医
	⑥診療実日数 (診療日を○で囲ん でください。)	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		
		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		
		日	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		
⑦①期間における「主たる症状および経過」「治療内容、検査内容、療養指導」等を詳しく記入					
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な所見					
就労の見込みについて(年 月 日から就労可能の見込み ・ 現時点では不明)					
人工透析または人工臓器等を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器等を装着した日	年 月 日			
	人工臓器等の種類	ア.人工肛門 イ.人工膀胱 ウ.人工関節 エ.人工骨頭 オ.心臓ペースメーカー カ.人工透析 キ.その他()			
うえのとおり相違ありません。 ⑧の期間以降に証明してください 年 月 日					
医療機関名 住 所 医 師 氏 名 ㊟ TEL - -					