

傷病手当金 請求書 (第 1 回目)

被 保 険 者 の 記 入 欄	①被保険者証の 記号・番号	記号	0120	②被保険者（請求 者）の氏名及び印	花咲 宙 (1990年1月1日生)	印
		番号	2			
	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。				印
	④被保険者（請求者） の住所	〒000 ー0000 TEL 00 ー 0000 ー0000 東京都中央区〇〇町0-0-0				
	⑤事業所の名称	株東京織物 TEL 00 ー 0000 ー0000	⑥問合せ先 (携帯電話)	TEL 090-0000-0000		
	⑦資格取得年月日	2017 年 4 月 1 日	⑧あなたの業務種別 (仕事内容)	販売職		
	⑨発病又は負傷の年 月日	2019年 3 月 31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	骨折	スノーボードで転倒	(はい・いいえ)		
	⑬請求期間	2019年 4 月 1日から2019年 4 月 20日まで 20日間				
	⑭請求期間中の症 状・過ごし方（詳 しく）	退院後数日は患部の痛みがひかず安静に過ごした。その後、荷重がかからないよう注意しながら 自宅でリハビリをして過ごした。				
⑮請求期間中の 通院について <small>※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。</small>	受診日 4/5, 12, 20 (4/1~4入院) 診療内容：画像診断、リハビリテーション 投薬内容：なし 医師からの指示内容：患部に荷重がかからないように安静に過ごすこと。					
⑯いつごろから就労可能か	1. 2019 年 4 月 21 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・ <u>受けていない</u> 該当する場合は必ず記入してください。 ↓ 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	みずほ <u>銀行</u> 金庫 <u>本店</u> 支店	受 取 代 理 人 の 欄	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 被保険者 住所 (請求者) 氏名 印 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 印			
	種 類	①・普通 2・貯蓄 3・当座				
	口座番号	0123456				
	フリガナ 預金名義人	ハナサキ ソラ 花咲 宙				

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	2019年4月 1日から 2019年 4月20日まで 20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 200,000 円 (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 末 日 〆 切の 翌月・当月 25 日払い	⑤ 交通費の支払 有・無	直近の定期券代（6ヶ月）・ガソリン代・その他 3月 1日 から 8月 31日 まで 54,000 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	賃金規定により支給しない		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 2019年 5月 10日				
事業所所在地 東京都中央区〇〇町0-0-0 名称 株式会社 東京織物 事業主氏名 代表取締役 花咲 みれ TEL 00 - 0000 - 0000		印				

※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	花咲 宙											
	④ 傷病名	(1)	右足首骨折										
		(2)											
		(3)											
	⑤ 発病又は負傷の年月日	2019年 3月 31日					⑥ 発病又は負傷の原因	スノーボードで転倒					
	⑦ 労務不能と認められた期間	2019年 4月 1日から 2019年 4月 20日まで 20日間					入院の費用の別	健保・自費 公費・老健					
	⑧ うえの⑦の期間中に入院したときはその期間	2019年 4月 1日から 2019年 4月 4日まで 4日間					転帰	治癒・繰越 中止・転医					
	⑨ 診療実日数 (診療日を○で囲んでください。)	7 日	4月	①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚									
			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									
⑩ ⑦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													
平成29年3月31日、スノーボードで転倒。X線検査の結果、骨折と診断。入院加療とリハビリを行った。													
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													
退院後も通院加療とリハビリを要した為労務不能である。													
就労の見込みについて（2019年 4月 21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					平成 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。		⑦の期間以降に証明してください 2019年 5月 1日											
医療機関名 東京〇〇病院 住 所 東京都中央区〇〇1-1-1 医 師 氏 名 南風 空 TEL 03 - 0000 - 0000		印											