

支給額	円	資格取得年月日	年月日
支給額	円	資格喪失年月日	年月日
この欄には記入しないで下さい			
前回	始年月日	年月日まで	日間
	終年月日	年月日まで	円
不支給理由		備考	

赤の太枠内をご本人が記入してください。

傷病手当金請求書 (第1回)

被保険者等 記号・番号	3-1234	被保険者の 業務の種別	人事部
事業所の名称 及び所在地	名称 曙ブレーキ工業株式会社	所在地	埼玉県羽生市東5-4-71
資格を取得した 年月日	1980年 4月 1日	標準報酬月額	300,000円
発病又は負傷 の年月日	2018年 4月 10日	傷病名	胃潰瘍
発病又は 負傷の原因	食後、胃が痛むようになった。 ●業務に起因する原因は傷病手当金の対象となりません。		
労務に服することが できなかった期間	2018年 4月 21日 から 2018年 5月 20日 まで		30 日間
上記期間の報酬の全部 又は一部を受けたとき、 又は受けることができる ときは、その報酬額及び 期間	年月日 から 年月日 まで	日間	円
傷害年金または障害 手当金について	今後本疾病で申請予定がある場合は お申し出ください。	基礎年金番号	年金額(年額)
傷害年金または障害 手当金の受給要因となった 傷病名		基礎年金番号	年金額(年額)
老齢年金について (資格喪失者)	継続給付受給者のみが対象者です。	基礎年金番号	年金額(年額)
<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は「委任状」を記入) ※継続給付の方は、公金受取口座を選択できません。個人振込へご記入をお願いします。			
振込希望の 郵便局名	銀行	支店(普通・当座)	通帳番号
上記のとおり請求します。 2018年 5月 31日			
被保険者の 住所	埼玉県羽生市東5-8-3		
氏名	健保 太郎		
曙ブレーキ工業健康保険組合 理事長 殿			

労務に服せなかった期間	2018年 4月 21日から 2018年 5月 20日まで	30 日間
事業主が証明するところ	上記のとおり相違ないことを証明します。 2018年 5月 31日 住所 埼玉県羽生市東5-4-71 事業主 曙ブレーキ工業健康保険組合 氏名 代表取締役社長 曙 一郎 電話 048(561)3575 番	

事業所で証明をしてもらう

傷病名	胃潰瘍	発病又は 負傷の原因	胃炎及びピロリ菌が原因と思われる
発病又は負傷 の年月日	2018年 4月頃	医療の給付開始 した年月日	2017年 5月 19日
労務不能と 認められた期間	2018年 4月 21日から 2018年 5月 20日まで	30 日間	診療実日数 20日間
傷病の主症状および 経過概要	激しい胃痛を訴え4月21日に当院来院。そのまま入院。5月10日に退院したが、5月20日までは安静に 必要であったため労務不能と認められた。		
治療を担当した 医師が意見をかくところ	上記とお相違ないことを証明します。		
住所	埼玉県羽生市南〇〇-〇〇		
医師 氏名	医療法人 健保総合病院 ▲▲ ▲▲ 電話 048(560)×××× 番		

病院で詳しく証明をしてもらう

委任状	私は 曙 一郎 を代理人と定め、次の権限を委任する。
	2018年 5月 31日請求した傷病手当金の受領に関すること。
	住所 埼玉県羽生市東5-8-3 被保険者の 氏名 健保 太郎
	住所 埼玉県羽生市東5- 代理人の 氏名 代表取締役社長 曙
	事業所で証明をしてもらう