

# 傷病手当（付加）金請求書

（第 1 回）

TIS インテックグループ 健康保険組合

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 被保険者の 記号と番号	記号	99	番号	150	(2) 被保険者 氏名	健保 花					
	(3) 被保険者の 現住所	〒 999-9999 富山県富山市牛島新町5-1										
	(4) 被保険者の電話番号	090-9999-9999					休業中に連絡のつく電話番号、 メールアドレスをご記入ください。					
	(5) 被保険者のメールアドレス	kenpo_hana@yahoo.co.jp										
	(6) 事業所の名称	(株)*****										
	(7) 被保険者の 資格取得年月日	昭・平・ <b>令</b> 2 年 4 月 1 日				(8) 被保険者の 業務の種別	SE					
	(9) 発病または負傷の 年月日	平成・ <b>令和</b> 2 年 9 月 7 日				(10) 傷 病 名	うつ病					
	(11) 発病または 負傷の原因	不明				(12) 第三者行為に よるもの	はい・ <b>いいえ</b>					
	(13) 疾病または負傷の 療養をするため 休んだ期間	令和 3 年 5 月 10 日		から		42 日間		令和 3 年 6 月 20 日				まで
	(14) 「障害厚生年金」 または「障害手当金」 の受給について	<b>はい</b> ・請求中・いいえ		A 受給して いる場合の 年金の種別		該当の年金を○で囲んでください。 <b>障害厚生年金</b> ・障害手当金						
		「はい」「請求中」 と答えた場合		B 年金の支給事由 となった傷病名		気分障害		C 基礎年金番号 ・年金コード		1111-222222 1350		
	「はい」 と答えた場合		D 年金支給 開始年月日		昭・平・ <b>令</b> 3 年 3 月 1 日		E 年金額		1,000,300 円			
	※国民年金厚生年金証書のコピー、（直近の）年金振込通知書のコピーを添付してください。											
	(15) 労災保険から 休業補償給付を 受けていますか	はい・ <b>労災申請中</b> ・いいえ		(16) 「はい」「労災申請中」と答えた場合 申請先の労働基準監督署		とやま 労働基準監督署						
	(17) 振込先 （被保険者名義の 口座を指定）	銀行名		〇〇銀行		口座番号		1.普通 2.当座		0 3 3 2 2 1 1		
支店名		〇〇支店		名 義 (加付)		ケンポ ハナ						
(18) <input checked="" type="checkbox"/>	本請求書の提出を事業主へ委任し、健康保険組合が審査結果を事業主に通知することに同意します。 令和 3 年 6 月 25 日											

委 任 状	<p>(1) 事業主証明を依頼するため、請求書を事業主へ提出するときはチェックしてください。                  ・事業主からの照会により、審査結果を事業主に通知する場合があります。                  ・任意継続等の事業主証明が必要ない方で、請求書を健保に直接送付される場合はチェック不要です。</p>										
	被保険者					住所					
	代理人					住所					
(20) 振込先	銀行名				口座番号		1.普通 2.当座				
	支店名				名 義 (加付)						

備考欄											
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付日付印

初回請求(1回目)の場合、添付して下さい。

※初回請求時は別紙「初めて傷病手当金を請求する方へ」を記入し、必ず添付して下さい。

2/3	被保険者の 記号と番号	記号	99	番号	150	被保険者 氏名	健保 花
-----	----------------	----	----	----	-----	------------	------

TIS インターネットグループ健康保険組合 事業主が証明するところ	(21) 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 以下の日を除く
	(22) 上記の期間中の分として支払う報酬関係	⑦ 全額支給した場合、または支給する場合 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで の分として 金 円(日額 円) / 月 日支払
		⑧ 一部支給した場合、または支給する場合 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで の分として 金 円(日額 円) / 月 日支払
		⑨ 現在までもまた将来も支給しない場合はその旨
	(23) 備考	
(24)	住所 令和 年 月 日 事業所名 事業主名 担当者氏名	事業主が証明

3/3	被保険者の 記号と番号	記号	99	番号	150	被保険者 氏名	健保 花
-----	----------------	----	----	----	-----	------------	------

TIS インテックグループ 健康保険組合

(25) 傷病名	①		(26) 療養の給付 開始年月日 (初診日)	① 平・令	年	月	日
	②			② 平・令	年	月	日
	③			③ 平・令	年	月	日
(27) 発病または 負傷の年月日	平成・令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	(29) 発病または 負傷の原因	
(28) 労務不能と 認められた期間	令和	年	月	日から	日間		
	令和	年	月	日まで			
(30) うち入院した期間	令和	年	月	日から	日間 入院	(31) 療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 ( ) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他
	令和	年	月	日まで	(32) 転帰	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医	
(33) 診療実日数 (入院期間含む)	日	(34) 診療日及び 入院した日 を○で囲ん で下さい	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			
			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			
(35) 上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）							
				(36) 手術年月日	平・令	年	月 日
				(37) 退院年月日	平・令	年	月 日
(38) 経過症状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							
(39) 人工透析を実施 または人工臓器を 装着したとき	(A) 人工透析の 実施または 人工臓器を 装着した日	平・令	年	月	日	(B) 人工臓器 等の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他 ( )
(40) 上記のとおり相違ありません。				令和	年	月	日
医療施設 名称				<b>医師が証明</b>			
所在地							
医師 氏名							
				電話番号			