

太陽生命健康保険組合理事長 殿

健康保険傷病手当金請求書 (第 1 回目)

(1) 被保険者証の	記号	0000	番号	1111
(2) 被保険者の	氏名	太陽花子	(3) 仕事の具体的な内容	お客様の新規開拓に伴う営業活動や諸手続きのための既契約者宅訪問など。(営業職)
	生年月日	明・大 昭平 32年 4月 1日		
(4) 傷病名	腰椎圧迫骨折	(5) 資格を取得した年月日	平成6年 3月 1日	
		(6) 発病又は負傷の年月日	平成24年 11月 1日	
(7) 発病又は負傷の原因	休日の午後4時頃、スーパーへ買い物に行く時、右足が道路のくぼみにはまってしまい、近くにあった植木に倒れこみ、その際、植木の端に腰辺りをぶつけ骨折した。			
(8) 労務に服することができなかった	24年 11月 1日 から		30日間	
	24年 11月 30日 まで			
(9) 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	年 月 日から		日間	
	年 月 日まで			
	別添報酬台帳等のとおりです。		受けた報酬額	円
	受けることができる報酬額			円
(10) 障害年金、障害手当金を受けているとき、又は受けることができるとき	(ア) 年金の種類別(該当する方に○)	障害年金	(イ) 年金額	(ウ) 年金の支給事由となった傷病名
	(エ) 年金受給開始年月日	年月日	(オ) 障害年金証書の記号番号	
資格喪失者および任意継続被保険者	(カ) 雇用保険(失業保険)を受給していますか	はい・請求中・いいえ		
	(キ) 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか	はい・請求中・いいえ		
	(ク) 基礎年金番号・年金コード	年金額		
		該当せず		
	合計額		円	
(11) 報酬振込口座(振込希望の口座)	三井住友 銀行 ○× 支店 (普通) No. 1234567		口座名義人	タイヨウ ハナコ
(12) 私は、貴健康保険組合に本手当金を請求するにあたり、下記事項を確約するとともに、万一、申請内容と相違する事が判明したときには、健康保険法第119～121条の規程により支給の一部又は全部を停止されることに同意致します。また、判明した内容により既に受給した給付金を返還しなければならなくなった場合は、貴健康保険組合からの請求に応じ傷病手当金を速やかに返還することを誓約のうえ、上記のとおり請求します。	平成 24年 12月 25日			
1. 傷病手当金受給中に、厚生年金法による障害年金(障害手当金)及び老齢厚生年金の支給が決定したときは遅滞なく貴組合に連絡します。	〒 000-0000 電話 03 (1234) 5678			
2. 退職後の傷病手当金を請求する際は、労務の対象としての報酬の全部又は一部を受けた場合、支給調整されることを認識し、貴組合に遅滞なくその報酬等について報告致します。	住所 東京都東区城東1-2-3			
	被保険者のフリガナ タイヨウ ハナコ			
	氏名 太陽 花子			
(被保険者死亡の場合のみ)	電話 ()			
	住所 ()			
	請求者のフリガナ (実)			
	氏名			

(7)「発病又は負傷の原因」
負傷(外傷性)の場合は、出来るだけ詳しく記入する。
(いつ・どこで・何時ごろ・なにをして
しているとき・なにが・どうなった
のか等)

(10) (ア)～(オ)「障害年金」欄
支給事由が同一傷病による障
害年金・障害手当金が支給さ
れる(された)ときは記入する。

(10) (カ)～(ク)「雇用保険」「老齢
年金」欄
資格喪失者、任意継続被保険
者が、雇用保険(失業保険)・
老齢年金を受給される(され

(11)「報酬振込口座」欄
報酬(給与)振込口座を記入
する(退職者のみ希望する銀
行口座を記入の事)。

記入例

事業主証明欄	(13) 労務に服さなかった期間	24年 11月 1日 から 30日間 24年 11月 30日 まで		
	上記の期間中として報酬関係	(ア) 全額支給した場合、又は支給する場合は	年 月 日 から 金 円 (日額) まで (月 日支払) 金 円	
		(イ) 一部支給した場合、又は支給する場合は	年 月 日 から 金 円 (日額) まで (月 日支払) 金 円	
		(ウ) 現在までも又は将来も支給しない場合は、その旨	別添報酬台帳等のとおりです。	
(15) 被保険者の現況	現在も入院中			
(16) 上記のとおり相違ないことを証明します。	平成 24年 12月 25日			
	所在地	東京都〇〇区〇〇町1-1-1		
	事業主の名称	太陽生命保険株式会社		
	代表者名	〇×支社 〇×支社長 中央 太郎		
療養を担当した医師の証明欄	(17) 傷病名	(1つの傷病で労務不能な場合はその病名のみを、複数の傷病によって労務不能な場合はそれらの病名を記載して下さい。) 腰椎圧迫骨折		
	(18) 発病又は	転倒		
	(19) 発病又は負傷の年月日	24年 11月 1日	(20) 診療を開始した年月日	24年 11月 1日
	(21) 労務不能と認められた期間	24年 11月 1日 から 30日間 24年 11月 30日 まで	(22) 左記期間中の診療実日数	30日間
	(23) 上記(21)期間中に入院した期間がある場合はその期間	24年 11月 1日 から 30日間 24年 11月 30日 まで		
	(24) 傷病の主症状および概要	上記病名のため、11月10日手術を行う。 引き続き入院加療を要す。		
(25) 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	必ずご記入下さい。			
(26) 人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析開始日または人工臓器装着日 昭和・平成 年 月 日			
	人工臓器等の種類	ア. 人工肛門 イ. 人工関節 ウ. 人工骨髄 エ. 心臓ペースメーカー オ. 人工透析 カ. その他《 》		
(27) 上記(17)傷病あるいは	ア. 障害者認定あり → 認定年月日:平成 年 月 日、障害等級: 級 イ. 障害者認定なし → 申請《 検討中・申請中 対象外 》			
(28) 労務復帰予定	平成 25年 3月 1日			
(29) 上記のとおり相違ないことを証明します。	平成 24年 12月 10日			
	医療機関の所在地	東京都城南区城南1-2-3		
	名称	ひまわり病院		
	電話	03-0000-2222		
	医師名	日本 次郎		
被保険者名 太陽 花子				

(15)「被保険者の現況」欄
被保険者の現在の状況を具体的に記入する。

(16)「事業主証明」欄
ゴム印等で表示する。必ず支社長氏名も記入する。