

健康保険 傷病手当金（傷病手当金付加金）請求書（第 〇 回）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	記号 123 番号 4567	被保険者の氏名 及び生年月日	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎 S H 〇 年 〇 月 〇 日	記入例
	被保険者(請求者) 現住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 大阪府大阪市生野区〇〇町1-2-3 TEL 06-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
	被保険者の資格を 取得した年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	被保険者の業務の種類 (具体的に)	(例) 生産業務、事務、接客販売	
	発病又は負傷年月日	平成・令和 〇 年 〇 月 〇 日	傷 病 名	(例) 〇〇症、〇〇骨折	
	発病又は負傷の原因	☒ 私用中 (負傷の場合は詳しく) ☐ 仕事中 ☐ 通勤途中 (例) 自宅の階段を下りる途中、足首を捻って転倒した。			
	療養のため休んだ期間(申請期間)		令和 〇 年 〇 月 〇 日 ~ 令和 〇 年 〇 月 〇 日まで		
	療養のため休み始めた日 ※第1回の申請時のみ記入		令和 〇 年 〇 月 〇 日 会社へ診断書提出有無: ☒ 提出済 ☐ 未提出		
	療養のため休んだ期間の分として報酬(賃金) の支払を受けましたか、又は受けられますか		☒ 受けた ☐ 受けられる ☐ 受けられない		
	報酬の支払を受けた又は受けられるときは その報酬の額と支払の基礎となった期間		令和 〇 年 〇 月 〇 日 から 〇〇 日間 〇〇,〇〇〇 円 令和 〇 年 〇 月 〇 日 まで		
	老齢厚生年金、障害厚生年金等の受給の有無		☐ ⑦受けている ☐ ④請求中 ☒ ⑤受けていない		
⑦④のとき	種別 ☐ 老齢厚生年金 ☐ 障害厚生年金 ☐ 障害手当金	受給開始年月 年 月	傷病名 (障害厚生年金・障害手当金の場合のみ)		
労災保険の休業補償給付の受給の有無		☐ 受けている ☐ 請求中 ☒ 受けていない			
同 意 書					
ロートグループ健康保険組合 理事長殿 健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、ロートグループ健康保険組合が関係機関に対して、給付記録・療養の給付記録・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。 ※関係機関とは、前加入保険者、医療機関、年金事務所等です。 ※照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効です。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 被保険者氏名 健保 太郎					
委任状	この請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。(給付金の受領を代理人に委任するときは、「委任状」欄と「振込口座」欄ともに記入してください) 被保険者の氏名 代理人の住所 氏名 給付金の受領を被保険者以外の方に委託する場合のみご記入ください。				
振込口座	☒ マイナポータル等で登録済 注) 口座情報の反映に1週間程度かかります。 公金受取口座を登録していない場合はチェックしないでください。 下記の欄を記入してください。 銀行コード 預金種別 口座番号 〇〇〇〇 〇〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 支店コード 名義人(フリガナ) ケンボ タロウ 〇〇〇 健保 太郎 [受付印]				

組合使用欄	資格取得日		年 月 日		資格喪失日			年 月 日		
	申請期間		年 月 日 ～ 年 月 日							
	待機期間		年 月 日 ～ 年 月 日							
	控除・不支給期間				日数	控除額	理由			
	①	年 月 日 ～ 年 月 日								
	②	年 月 日 ～ 年 月 日								
	支給期間				日数	日額	法定給付額	日額	付加給付額	
	①	年 月 日 ～ 年 月 日								
	②	年 月 日 ～ 年 月 日								
	給付判定		支給	一部不支給	不支給	理由：				

事業主が証明するところ	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		
	報酬の支払		)		
	態		] 日支払		
	勤務状態 (		= 公		
	1	2	9	30	31
	月				
	1	2	9	30	31
	月				
	1	2	9	30	31
	月				
報酬支給		手当			
欠勤しなかった					
1 か月の報酬		円			
月分	月	円			
月分	月	円			
月分	月	円			
月分	月	円			
備考					
上記の通り相違あり					
令和 年					
		電 話			

事業主が記入する欄

※被保険者様の記入は不要です。

医師が意見を書くところ	労 務 不 能 と 認 め た 期 間		労務不能の原因となった傷病名		発病又は負傷した日		診療開始日
					年月日	原因	
	令和						年
	令和						月 日
	診療実日数						年
	上 記 期						月 日
	令和						年
	令和						月 日
	上記期間にお						
	上記の通り相違あり						日頃)
令和							
						電 話	

医師が記入する欄

※労務不能と認めた期間における主たる症状及び経過、治療内容、検査結果、療養指導等を詳しくご記入してもらってください。