

印刷はA3サイズでお願いします

支給決議書	支給額	円		資格取得年月日	資格喪失年月日
	支給開始年月日	年 月 日	期間	年 月 日 ~	年 月 日 日間
	備考				月額

傷病手当金請求書(〇回目)

被保険者が記入するところ	①被保険者証の記号・番号	記号	100	②被保険者の氏名・押印	健保 太郎
		番号	1234567		
	③被保険者の住所	〒 000 - 0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1			
	④日中連絡の取れる電話番号	自宅	000-000-0000	連絡先	111-111-1111
	⑤被保険者の勤務先事業所名	〇〇〇〇株式会社 〇〇支店			
	⑥発病又は負傷の年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	⑦傷病名	骨折	
	⑧発病の状態又は負傷の原因	自宅の最寄り駅でホームに降りようと階段を下りていた際に、足を滑らせて転倒し、右手を骨折した。			
	⑨傷病の療養をするために休んだ期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日	から	〇〇	日間
		令和〇〇年〇〇月〇〇日	まで		
	⑩上の⑨に書いた期間に対する報酬はありますか	はい		いいえ	
	⑪第三者の行為によって負傷したものですか	はい		いいえ	
	⑫上の⑩で「はい」と答えた場合はその事実を当健保組合に届出していますか	はい		いいえ	
	⑬この請求の傷病に対し「障害手当金」又は「障害年金」を受けていますか	はい		いいえ	
	⑭振込希望口座	〇〇 銀行(普通)	0000000	フリガナ	ケンボ タロウ
		〇〇 支店	当座	名義人氏名	健保 太郎
⑮委任状	私は _____ を代理人と定め、上記のとおり請求した傷病手当金の受領を委任します。 令和 年 月 日 被保険者住所 被保険者氏名				

〔注意事項〕

- 訂正した場合は、二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。
- 提出された請求書については、返却・写しの送付等は一切致しません。(書類不備の場合を除く)

〔個人情報保護法に関して〕

- ※個人情報保護ポリシー(基本方針)に則り、取り組みを推進しています。
※次に示すいずれかに該当した場合、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。
- 法令に基づく場合
 - 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
 - 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
 - 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲で速やかに対応させていただきます。

〒542-0072 大阪府大阪市中央区高津3丁目15番2号 U-NEXT HOLDINGS健康保険組合 TEL 06-6647-8484
FAX 06-6647-8485

事業主が記入するところ	被保険者証の記号・番号	被保険者の氏名	
	労務に服さなかった期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間
	上の期間中について、【有給・振休=△ 公休日=/ 欠勤=〇】		
	年 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	
	年 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	
	年 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	
	年 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	
	年 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	
	年 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	
	年 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	
	年 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	
	年 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	
	上の期間中の分として報酬を支給した場合(基本給・交通費等)	年 月 日 円	年 月 日 円
	報酬を支給しない場合その旨	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日	
	事業主の住所	名称	

療養を担当した医師が意見を書くところ	患者氏名	傷病名
	発病又は負傷の原因	
	発病又は負傷の原因年月日	療養の給付を開始した年月日
	年 月 日	年 月 日
	労務不能と認められた期間	左の期間中の診療実日数
	年 月 日 日間	年 月 日 日間
	労務不能と認められた期間のうち健康保険を使用して入院した期間がある場合はその期間	年 月 日 日間
	傷病の主症状及び労務不能と認められた理由	
	上記のとおり相違ありません。	年 月 日
	医療機関の所在地・名称	
医師の氏名		
電話番号	()	