

健康保険

## 傷病手当金支給請求書

〔 第 回 〕

被 保 者	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	氏名				業務内容			
情 報	住所 電話番号	(〒 - )			TEL	( )		
	傷病名	1)			初診日	年	月	日
2)				年		月	日	
3)				年		月	日	
報	発病または負傷した原因							
	医師からの指示							
	療養中の症状やどのように過ごしたか							
	療養のために休んだ期間(申請期間)	年	月	日	～	年	月	日
金融機関 名	種別	銀行		本店		営業部		
		普通預金	口座番号		支店		出張所	
口座名義	カタカナ							

確 認 事 項	①療養のために休んだ期間（申請期間）に報酬を受けましたか。 または今後受けられますか。	1. はい	2. いいえ		
	①-1「はい」と答えた場合、その報酬の額と支払われた期間を記入してください。	年	月	日から	
		年	月	日まで	円
	②「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。 「はい」と答えた場合、どちらを受給していますか。	1. はい → (a. 障害厚生年金 b. 障害手当金)	2. 請求中 3. いいえ		
	※上記で「はい」または「請求中」と答えた方 ②-1受給の要因となった傷病名を記入してください。	傷病名			
	②-2基礎年金番号、年金コード、支給開始日、年金額を記入してください。 （「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみ記入してください。）	基礎年金番号		年金コード	
		支給開始年月日		年金額	
		年	月	日	円
	③ 資格喪失(退職)した方、任意継続の方 老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。	1. はい	2. 請求中	3. いいえ	
	③-1上記で「はい」または「請求中」と答えた場合、 基礎年金番号、年金コード、支給開始日年月日、年金額を 記入してください。 （「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。）	基礎年金番号		年金コード	
支給開始年月日		年金額			
	年	月	日	円	
④労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか。	1. はい	2. 労災請求中	3. いいえ		
④-1上記で「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元 （請求先）の労働基準監督署名を記入してください。	労働基準監督署				

ローソン健康保険組合

被保険者氏名					
療養負担当医師意見見欄	傷病名	(1)	療養の給付開始年月日 (初診日)	(1) 年 月 日	
		(2)		(2) 年 月 日	
		(3)		(3) 年 月 日	
	発病または負傷の年月日	年 月 日	発病・負傷		
	労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	発病または負傷の原因	
	上記のうち入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	療養費用の別	健保 自費 公費( ) その他
			入院	転 帰	治癒 繰越 中止 転医
	診療日を○で囲んでください	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	計	日
		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	計	日
	当医師意見見欄	1. 労務不能期間中の主たる症状			
2. 治療内容、検査結果、療養指導等(詳しく)					
3. 前月(前回期間)の症状との比較					
労務不能と認められた医学的な所見	→もしくは、症状経過から見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				
今後労務不能と認められる期間および意見	1. 労務可能となる治癒見込み 年 月 日から労務可能・( )週間後頃から労務可能理由: 2. 今のところ不明理由:				
欄	上記のとおり相違ありません。 年 月 日 医療機関所在地 医療機関の名称 医師の氏名 TEL ( )				

事業主証明欄	ア	労務に服さなかった期間	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	
	イ	出勤 ○・有給 △・公休 公・欠勤 / で表示ください。 ※勤務一覧表の写し等勤怠のわかる書類添付でも可			
		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	計	日
		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	計	日
	ウ	アの期間の分として支払う報酬関係	全額支給した場合または支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで	の分として 金 ( 円 /日額 金 円 )
			一部支給した場合または支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで	の分として 金 ( 円 /日額 金 円 )
		現在までもまた将来も支給しない場合は、その旨	給与の種類 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他		
	エ	復職予定等時期もご記入ください	<input type="checkbox"/> 年 月 に、復職した	<input type="checkbox"/> 年 月 から復職予定	<input type="checkbox"/> 年 月 まで休職予定
	欄	本請求は私傷病に起因するものであり、上記のとおり相違ありません。 年 月 日 住所 氏名 TEL ( )			