

健康保険

傷病手当金支給請求書

〔 第 回 〕

被 保 険 者 情 報	被保険者証の 記号・番号	記号 25	番号 5678	生年月日	1985 年 5 月 5 日	
	氏 名	籠 尊 健 美			業務内容 店舗勤務(店長)	
	住 所 番 号	(〒 151-0001) 東京都渋谷区神南3-2-1 TEL 03(5432)6789				
	傷 病 名	1)	胃潰瘍	初 診 日	2021 年 5 月 11 日	
		2)			年 月 日	
		3)			年 月 日	
	発病または負傷した原因	多忙によるストレスが原因				
	医 師 か ら の 指 示	退院後も引き続き安静し、薬の服用。				
	療養中の症状やどのように過ごしたか	5/11朝激しい腹痛があり、病院で胃の潰瘍と診断、潰瘍の切除及び入院治療を行う。 経過は良好なものの、退院後自宅療養。				
	療養のために休んだ期間(申請期間)	2021 年 5 月 11 日 ～ 2021 年 6 月 1 日 22 日 間				
金 融 機 関 称	三菱UFJ 銀行 渋谷 本店 営業部 金庫 支店 出張所					
	種 別	普通預金	口座番号	4326789		
口 座 名 義	カタカナ ロウソン タケミ					

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