



# 傷病手当金請求書 (第

回目)

2枚目中の1

イオン健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり請求します。

平成 年 月 日

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） 記 入 欄	被保険者証の 記号と番号		事業所の 名 称		部・室 店 名		担当 部門		
	被保険者の 氏 名	Ⓢ シヤチハタ印は使用しないで下さい。			被保険者 住 所 (電話は 日中連絡 が取れる もの)	〒 _____ TEL ( ) _____			
	生 年 月 日	昭・平	年	月	日生				
	傷 病 名				発病の状態又は 負傷の原因				
	怪我の場合 ※要負傷届	他人の行為(第三者行為)に よって負傷したものですか?		はい ・ いいえ		業務中または通勤途中で すか?		はい ・ いいえ	
	今回、傷病又は負傷の療養をするため に休んだ期間(申請期間)	年 月 日から 年 月 日まで		日間		あなたの仕事の内容を具体的に記入して下さい。			
	上記期間中、報酬を受けた又は受けられる ときはその報酬額及び期間	年 月 日から 年 月 日まで		円					
	年金について 受給している 方は通知書の写 しを添付して下 さい	障害年金又は障害手当金を受給していますか		はい ・ いいえ ・ 請求中 ・ はい		基礎年金番号	障害年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名		
		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(※資格喪失者のみ記入)		はい ・ いいえ ・ 請求中 ・ はい		年金コード	記号番号もしくは番号		
	送金銀行 *ゆうちょ銀行不可	銀行 信金	本店 支店	口座 番号	フリガナ 口座名義				
※下記委任欄は給付金の受取を代理人に委任する時記入して下さい									
委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 <b>イオン健康保険組合 理事長 殿</b> 平成 年 月 日 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 ※シヤチハタ印は使用しないで下さい。								
	被保険者の 住 所	〒 _____	被保険者の 氏名と印	Ⓢ _____					
	代理人の 住 所	〒 _____	代理人の 氏名と印	Ⓢ _____		被保険者 との関係			
被保険者マイナンバー記入欄 (被保険者記号番号を記載した場合は不要)		*****							

組 合 処 理 欄	標準報酬月額	千円 (ただし 年 月 日から 千円に変更)	被保険者台帳照会
	(法定)		資格取得
	¥ _____ × 2/3 × _____ 日 = ¥ _____		資格喪失
	¥ _____ × 2/3 × _____ 日 = ¥ _____		
	計 ¥ _____		
	法第108条該当額 (標準報酬月額 ¥ _____ - 日額 ¥ _____) × _____ 日 = ¥ _____		支給開始日
	(年金) ¥ _____ × _____ 日 = ¥ _____		
	(各種手当) ¥ _____ × _____ 日 = ¥ _____		
	支 給 金 額 合 計 ¥ _____		
	(註)待期日 ( _____ 日) + 出勤 ( _____ 日) + 有給休暇 ( _____ 日) = 計 ( _____ 日) 除く		出 納 日 印
支 給 決 定	支 給 決 定 伺	支 給 決 定 通 知	
決 定 年 月 日	常務理事	事務長	
平成 _____	課 長	係	
		平成 _____	

被保険者(請求者記入)	被保険者証の 記号と番号			氏 名
-------------	-----------------	--	--	-----

2枚目の中の2

イオン健康保険組合

医師又は歯科医師の意見欄	患者氏名																													
	傷病名															年 月 日	療養の給付開始 (または初診日)													
	発病または 負傷の年月日	年 月 日	発病 負傷	発病または 負傷の原因																										
	労務不能と 認めた期間	年 月 日から	左記期間中 の 入院日数	年 月 日から																										
		年 月 日まで		年 月 日まで																										
	診療実日数	診療日を ○で囲んで 下さい。	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																											
			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																											
			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																											
	傷病の 経過 の 主たる 症状 及び	労務不能と認めた期間における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)  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																												
	医療機関 所在地・名称 及び医師氏名	上記のとおり相違ありません。 年 月 日 住所(所在地) 医療機関名 医師氏名																												
※ 医療機関の所在地・名称はゴム印(スタンプ等)を使用してください。																														

※3ヵ月を超えて証明する場合は当ページをコピーして超えている部分をご記入・ご証明下さい。

事業主証明欄	被保険者氏名															給与締め日と 支給日	日締 → 当月・翌月	日払											
	労務に服さなかった期間	年 月 日 から	年 月 日 まで																										
	上記期間中に支払われる(支払われた)報酬等があれば一ヵ月毎ご記入下さい。																												
	報酬等の名称	年 月度	年 月度	年 月度	合計																								
		※出勤日・有給休暇に対してのみ 支給の場合は(日割)に○	※出勤日・有給休暇に対してのみ 支給の場合は(日割)に○	※出勤日・有給休暇に対してのみ 支給の場合は(日割)に○																									
	基準給与(有給休暇等)	円 日間	円 日間	円 日間	円 日間																								
		年 月 日 ~ 年 月 日 分	年 月 日 ~ 年 月 日 分	年 月 日 ~ 年 月 日 分	年 月 日 ~ 年 月 日 分																								
	通勤手当 ※1)	円 (日割)	円 (日割)	円 (日割)	円 (日割)																								
	住居手当(住宅助成金等)	円 (日割)	円 (日割)	円 (日割)	円 (日割)																								
	扶養手当(家族手当等)	円 (日割)	円 (日割)	円 (日割)	円 (日割)																								
単身赴任手当	円 (日割)	円 (日割)	円 (日割)	円 (日割)																									
( ) 手当	円 (日割)	円 (日割)	円 (日割)	円 (日割)																									
( ) 手当	円 (日割)	円 (日割)	円 (日割)	円 (日割)																									
< その他事項 >																													
※1) 通勤手当を6ヵ月定期等で支給している場合は上記期間中一ヶ月あたりの金額をご記入下さい。また定期券等を現物給付している場合も記入が必要です。																													
上記の通り相違ないことを証明します。 年 月 日																													
事業所所在地 名称 事業主氏名																													
※ 3ヵ月を超えて証明する場合は当ページをコピーして超えている部分をご記入・ご証明下さい。																													

※3ヵ月を超えて証明する場合は当ページをコピーして超えている部分をご記入・ご証明下さい。

A4サイズで印刷のこと

## **(被保険者への注意事項)**

1. A4サイズの内紙2枚で一回分の請求書となります。
2. お医者様への証明を依頼される場合は「2枚目中の2」のみお渡し頂きご依頼下さい。
3. 標題（第 回目）欄には、同一疾病、負傷又はこれにより発した疾病について、傷病手当金の請求をした回数を記載して下さい。
4. 「年金について」欄は必ずご記入いただき、年金を受給している方は、「年金通知書」の写しと直近の年金振込通知書の写しを添付して下さい。障害年金を受給している方は、「障害者手帳」（病名の記載があるもの）の写しも添付して下さい。
5. 給付金の受領方を他人（家族・会社など）に委任する場合は、委任欄に必要事項を記入して下さい。
6. 退職後の継続給付で請求される場合は、在職時の「記号・番号・氏名」にて請求して下さい。
7. 在籍中は事業所（所属会社人事担当部署）経由での提出となります。退職後の期間は直接健康保険組合へ提出して下さい。

## **(お医者様へのお願い)**

1. 「療養の給付開始」の欄は、初診日を記載するのではなく、できるだけその傷病について健康保険による療養を始めた日を記載して下さい。
2. 「傷病の主たる症状及び経過」の欄は、なるべく詳しく記載して下さい。特に、手術をした場合は、手術の名称と手術年月日を、また、結核性の疾病については検痰成績、安静度、赤沈値、理学的所見などを記載して下さい。
3. 「労務不能と認められた医学的な所見」の欄は、その状況で本来の業務に就けない具体的な理由を記載して下さい。

## **(事業主への注意事項)**

1. 労務に服せなかった期間と日数、報酬の支払いがある場合は、その期間と日数、金額を証明して下さい。
2. 請求期間にかかる「出勤簿」「給与明細書」を添付して下さい。

## **(皆様へお願い)**

1. 消せる筆記用具（鉛筆・フリクション等）での記載では受け付けておりません。