

(健保記入欄)

支払年月日	令和 年 月 日	備考	常務理事	事務長	課長	係
支給額	円					
決定標準報酬月額						
支給開始	年 月 日					
自	年 月 日					
至	年 月 日					

必ずA3用紙で印刷してください

## 傷病手当金請求書

請求書は1ヶ月単位で作成して下さい

何月目の傷病手当金請求かを記入します。限度は暦月で18ヶ月です。

令和 2 年 1 月 6 日	第 3 月目請求		
被保険者証の記号番号	11	被保険者の氏名と印	光学 一郎
被保険者の現住所	東京都八王子市久保山町1234	生年月日	昭和・平成 50 年 10 月 10 日
勤務先	オリンパス (株)	TEL	042-345-6789
発病・負傷の原因	左大腿骨骨折	療養開始日	令和 1 年 9 月
発病・負傷の経緯	階段を踏み外して転落したため	第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
療養の状況	現在、ギブスによる固定を行い、4月中旬よりリハビリの予定。尚、8月に再度金具摘出手術あり。	療養期間	令和 1 年 12 月 1 日 至 令和 1 年 12 月 31 日
年金受給状況	年金の種類 障害年金 / 老齢厚生年金 / その他	受給金額	円/月
請求期間分の報酬(賃金)を受けましたか	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない		

発病・負傷の原因が業務上と思われる記載の場合、健康保険の対象外となります。

医師が労務不能と証明した期間と一致させて下さい

第三者による負傷の原因が職場での状況に起因する場合には健康保険の対象になりません。「はい」にチェックを入れる場合にはご注意ください。

報酬の一部でも受けた場合は、『受けた』にチェックして下さい。また、それらの証明は事業主により右欄に記入されます。

注) 銀行振込となりますので、「振込を希望する銀行の欄」に記入してください。

銀行コード	1234	銀行名	〇〇〇銀行
店番号	567	支店名	△△△支店
預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	1234567
口座名義	カタカナ(必ず記入) 漢字		コウガク イチロウ 光学 一郎

銀行名、支店名、口座番号を漏れなく記入してください。

振込を希望する被保険者本人名義の銀行の口座情報を記入してください。

被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)には、備考欄に記載して下さい。個人番号を記載した場合は、下記内容に同意の上、「チェックボックス(□)」にチェックを入れてください。  
□本申請書の提出について、事業主に委任いたします。(委任する場合 )

備考

オリンパス健康保険組合

傷病名	発病・負傷の年月日	平成・令和 年 月 日	診療を開始した年月日	平成・令和 年 月 日
発病・負傷の原因	発病・負傷の原因が業務上と思われる記載の場合、健康保険の対象外となります。			
労務不能と認められた期間	令和 年 月 日	日間	左の期間中の診療実日数	日間
労務不能である状況がどのようなものであるか	この期間の身体状態			
傷病の主状態及び経過概要、今後の見通しについて具体的に詳しく	前月の症状との比較			
	今月の治療状況			
	今後の見通し			
入院期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	日間
上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日			
医師	住	「医師」から意見を書いていただき、署名を貰ってください。※初回だけは医師の診断書(コピー)が別途必要です。		
氏名	TEL			

1ヶ月単位で記入して貰ってください。

労務に服さなかった期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	日まで	日間																											
出勤状況	出勤日は「○」、有給休暇は「△」、公休は「公」、欠勤日は「/」でそれぞれ表示して下さい。																															
	対象年月	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
	令和 1 年 12 月	公	/	/	/	/	公	公	/	/	/	/	公	公	/	/	/	/	公	公	/	/	/	/	/	公	公	公	公	公	公	
	令和 年 月																															
賃金支給	支給なし期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	( 日間)																											
	支給しない理由(規定等)	給与規定病欠3ヶ月以内の適用により減額																														
	従業員区分	正社員																														
	賃金の支給形態	月給 / 日給(日給月給を含む) / 時給( ) 円																														
主	賃金の種類	賃金の計算期間																														
の	月給(基本給)	正常勤務時の報酬																														
証	日給(日給月給)/時給	12月1日～12月31日																														
明	通勤手当	300,000 円																														
す	食事手当	25,000 円																														
る	住宅手当	8,700 円																														
場	復職支援手当	円																														
合	手当	円																														
と	手当	円																														
こ	欠勤減額	150,000 円																														
こ	総支給額	333,700 円																														
る	上記記載担当者(事業所社保担当者氏名)	八王子 花子		内線	789-1234																											
	上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日																														
	所在地																															
	名称																															
	代表者氏名																															

所属先の社会保険担当者が勤務状況、賃金の支払状況を記載し、事業主が証明します。

注) 各欄とも記入した内容を訂正するときは 訂正印ではっきり訂正してください。