（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
期間	自 令和　年　月　日					
	至 令和　年　月　日		資格喪失日　年　月　日			

必ずA3用紙で印刷して暦1ヶ月単位で作成してください
ボールペン等の消えないペンで記入してください

傷　病　手　当　金　請　求　書

提出回数を記入

令和6年12月10日　第 2 回目請求

被保険者証等の記号番号	記号 11	被保険者氏名	健保　太郎	
	番号 99999	生年月日	昭和・平成 50 年 10 月 10 日	
被保険者の現住所	〒 123-4567	TEL	042-345-6789	
	東京都八王子市久保山町１２３４			
傷病名	左下腿骨骨折	療養開始日	平成・令和	
発病・負傷の原因	自宅で階段を踏み外して転倒	第三者行為によるものですか	□ はい　□ いいえ	
休んだ期間（請求期間）	令和 6 年 11 月 1 日	日数 30 日	請求期間内の通院回数 10 回	
	至 令和 6 年 11 月 30 日			
療養の状況（休んだ（請求）期間における詳細な身体の状況）	歩行練習と筋力アップのためのリハビリ実施中			
年金受給状況	年金の種類	障害年金（基礎・厚生）／老齢厚生年金／その他／受給なし	受給金額	100,000 円/月
（退職者のみ）失業給付の受給の有無	有・無・延長（理由：　）			
請求期間分の報酬（賃金）を受けましたか	☑ 受けた　□			
労災保険から休業補償を受けていますか	受給中／申請中／受給なし			

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。
【例：就業中の負傷、通勤中の事故】

医師が労務不能と証明した期間と一致させてください。

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』にチェックしたください。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）１．銀行振込となりますので、「振込を希望する銀行の欄」を記入してください。
　　２．口座番号が６桁以下の場合は、先頭に「0(ゼロ)を付けて7桁で記入してください。

振込を希望する銀行				
金融機関(銀行)コード	1234	銀行名	○○○銀行	
店番号	567	支店名	△△	
預金種目	普　通	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	
口座名義	カタカナ(必ず記入)	ケンポ　タロウ		
	漢　字	健保　太郎		

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。**

備考

る場合（被保険者証等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。
チェックを入れてください。
いたします。（委任する場合　☑）

・支給手続きに際し、健保から労働基準監督署等に休業補償の受給状況の確認を行う可能性があります。

・「公金受取口座登録制度」を利用する場合は、本申請の前に口座登録の手続きを行い、下記に☑を入れてください。（上記口座欄の記入不要）
　□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。

オリンパス健康保険組合

療養を担当した医師が意見を書くところ

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			
労務不能と認めた期間	令和　年　月　日	左の期間中の	日間
	令和　年　月　日		日間
労務不能である状況がどのようなものであるか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	この期間の身体状態		
	前月の症状との比較		
	今後の見通し		
入院期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日　日間		

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。

暦1ヶ月単位で記入して貰ってください。

「医師」に意見を書いていただき、署名を貰ってください

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日

住　所

医　師　医療機関名

氏　名　TEL　－　－

事業主の証明するところ

労務に服さなかった期間	令和　年　月　日～令和　年　月　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。 ※初回申請時は、前月の出勤状況も記入してください。		
	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　年　月		
	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）		
	従業員区分		
	賃金の支給形態	）円	
全額又は一部を支給した場合	賃金の締	月　日	
	月給（基本	円	
	日給（日給月給）／時給	円	円
	通勤手当	円	円
	住宅手当	円	円
	在宅勤務手当	円	円
	次世代手当	円	円
	復職支援手当	円	円
	超過勤務手当	円	円
		円	円
	欠勤減額	円	円
	総支給額	円	円
上記記載担当者（事業所社保担当者氏名）			

提出先事業所が記入します

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

※　受付印

注）各欄とも記入した内容を訂正するときは　二重線と訂正印ではっきり訂正してください。

R6. 12