

(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	令和 年 月 日					
支給期間	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

令和 4 年 10 月 12 日 第 2 回目請求

被保険者証の記号番号	11	被保険者氏名	光学 一郎
被保険者の現住所	〒 123-4567	TEL	042-345-6789
被保険者の勤務先	オリンパス (株)	業種の種別	精密機
傷病の原因	左下腿骨骨折	療養開始日	令和 4 年 7 月 日
発病・負傷の理由	階段を踏み外して転倒したため	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 (休んだ(請求)期間における詳細な身体状況)	手術を受けた後、現在は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 / 老齢厚生年金 / その他 (受給なし)	受給金額 0 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		
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) 受給中: 「支給決定通知書」(写)を提出してください		

何回目の傷病手当金請求かを記入します。

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】

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。

医師が労務不能と証明した期間と一致させて下さい。

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)	コウガク イチロウ	
	漢字	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。
・口座番号が7ケタ未満の場合は、番号の頭に「0」を付けて7ケタで記入してください。

備考

- 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、☑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 ☑)
- 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

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	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。	和 年 月 日		
医師	氏名 TEL - -		

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。

1ヶ月単位で記入して貰ってください。

「医師」から意見を書いていたいただき、署名を貰ってください。
※初回だけは医師の診断書(コピー)が別途必要ですので添付してください。

労務に服さなかった期間	令和 4 年 9 月 1 日 ~ 令和 4 年 9 月 30 日まで 30 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。		
賃金支給	支給なし期間	令和 4 年 9 月 1 日 ~ 令和 4 年 9 月 30 日 (30 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	日給 / 日給(日給月給を含む) / 時給 () 円	
主	全額又は一部を支給した場合	賃金の計算期間	9月 1日 ~ 9月 30日
の	賃金の種別	正常勤務時の報酬	
証	月給(基本給)		300,000 円
明	通勤手当		12,500 円
す	食事手当		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
ろ	総支給額	333,700 円	171,200 円
	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

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。

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