

必ずA3用紙で作成してください。
請求書は1ヶ月(暦月)で作成してください。

決定標準報酬月額	円	備考	常務理事	事務長	課長	係
期	第 月 日	資格取得日	年 月 日			
支給開始	年 月 日	資格喪失日	年 月 日			
自	年 月 日					
間	至 年 月 日					

請求日を記入し

何月(回)目の傷病手当金請求かを記入してください(限度は暦月で18ヶ月です ※18ヶ月分では

傷病手当金請求書

令和2年1月6日 第3月目請求

医師が労務不能と判断した傷病名を記入してください

詳しくわからない場合でも、本人が自覚しうる範囲で状況を記入してください
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。
【例:就業中の負

療養をするために休業し、傷病手当金を請求する期間を記入してください
※医師が労務不

報酬の一部でも受けた場合は、『受けた』にチェックしてください
また、それらの証明は事業主により

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	記号番号	11	被保険者の氏名と印	光学 一郎		
	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		
勤務先事業所の名称及び所在地	名称	オリンパス(株)		業種の種別	精密機器製造業	
	所在地	東京都新宿区西新宿2-3-1新宿モノリス				
傷病名	左大腿骨骨折		療養開始日	令和1年10月1日		
発病・負傷の原因	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		
療養をするために休んだ期間(請求期間)	自	令和 1年 12月 1日	日数	31 日		
	至	令和 1年 12月 31日				
療養の状況(休んだ(請求)期間における詳細な身体状況)	現在、ギプ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。		通院回数	2 回		
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		
(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	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない					

療養を開始した日を記入してください(実態を

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

具体的に詳細に記入してください

年金を受給している場合、その種類に○をして金額を記入して

失業給付の受給の有・無し・延長のいずれかに○をしてください
延長している場合には延長の理由を、受給している場合には受給金額を記入し

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	

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、「チェックボックス(□)」にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/>)
----	--

オリンパス健康保険組合