

記入例

# 傷病手当金請求書

【第 回目】

健康保険組合理事長殿		令和 年 月 日	
住所 〒 145-1234 東京都大田区〇〇町1-2-3		被保険者 氏名 青空 太郎	
下記のとおり請求します。			
記号・番号	1-1234567	事業所名称	アルプスアルパイン株式会社
傷病名	左関節靭帯損傷	第三者行為によるものですか	<input checked="" type="radio"/> いいえ ・ はい
健保に加入して1年以上経過していますか	はい ・ <input checked="" type="radio"/> いいえ	【いいえの方】 前職社会保険の加入状況及び傷病手当金支給状況を確認させていただきます。 「入社1年未満の支給条件について」にある回答書と同意書を併せてご提出下さい。	
発病の状態または傷病の原因を詳しく	サッカーの試合中に転倒し靭帯を損傷した。		
傷病または負傷の療養をするために休んだ期間	3年 4月 1日 から	30	日間
うえの期間の報酬(賃金)の全部または一部を受けたときまたは受けられるときはその報酬額および期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間
障害厚生年金または障害手当金を受給していますか	<input checked="" type="radio"/> いいえ ・ 請求中 ・ はい		
障害厚生年金または障害手当金の受給原因となった傷病名		年金額	円
老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか	<input checked="" type="radio"/> いいえ ・ 請求中 ・ はい		
老齢(退職)年金の名称		年金額	円

\*ALAP以外の退職予定の方は支払金融機関を記入してください。ただし、退職後、任意継続される方は記入不要です。

支払金融機関	金融機関名	支店名
預金種別	1. 普通 2. 当座 3. その他( )	口座名義(カナ)
口座番号		

\*退職後の期間については記入不要です。

労務に服さなかった期間	年 月 日 から	日間
	年 月 日 まで	
うえの期間中の分として支払う報酬関係	支給の場合	年 月 日 から 金 円
	支給しない場合	までの分 ( 月 日 支払) 金 円
【確認欄】*記載内容を確認し、チェック □上記記載の内容に相違ないことを	在職期間に対する請求の場合 各事業所の社会保険担当者が記入致します	
事業主住所 氏名	年 月 日	

\*医師の記入は必須です。

傷病名	発病または負傷の原因
発病または負傷の年月日	年 月 日
療養の給付の開始年月日	年 月 日
労務不能と認められた期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
上記のうち入院期間	診療実日数
傷病の主症状および経過概要	用の別 健保・公費 自費・その他
医師に記入を依頼してください	
上記記載の内容に相違ないことを証明いたします。	
令和 年 月 日	
住所(所在地) (TEL) - -	
医師 医療機関名	
氏名	

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。	(事)社会保険担当者印	健保組合受付印
令和 年 月 日		
被保険者 住所 東京都大田区〇〇町1-2-3		
氏名 青空 太郎		
住所		
各事業所の社会保険担当者が記入致します (任意継続被保険者は記入不要)		
委任者と代理人との関係		

退職後に給付金を受領する方  
および任意継続被保険者は  
記入不要です

【添付書類】

- 障害厚生年金を受給している場合 ・障害厚生年金給付の年金証書(写) ・年金額改訂通知書(写)
- 老齢退職年金を受給している場合 ・老齢退職年金給付の年金証書(写) ・年金額改訂通知書(写)

※記載内容を訂正する場合には、該当箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。