

見本

※裏面の「記入の方法及び注意事項」を必ずお読みになってからご記入ください。 ※

傷病手当金請求書

① (第 回目)

傷病手当金請求書 ② 被保険者証の記号・番号 9999 - 1234 ③ 被保険者の氏名及び生年月日 薬業 太郎 昭平 30年4月19日 ④ 本請求書の提出を事業主に依頼します。 チェック [x] ⑤ 被保険者の現住所 東京都千代田区永田町2-17-2 ⑥ 事業所の名称 薬業工業(株) ⑦ 標準報酬額 300 千円 ⑧ 被保険者資格を取得した年月日 昭和 平成 28年4月1日 ⑨ 発病または負傷の年月日 平成 令和 4年1月31日 ⑩ 被保険者の業務の種類 営業 ⑪ 傷病名 急性胃腸炎 ⑫ 発病または負傷の原因を詳しく 令和4年1月31日深夜、腹痛のため病院受診。 ⑬ 第三者の行為によるものですか はい・いいえ ⑭ 疾病又は負傷の療養をするために休んだ期間(請求期間) ※待期間を含む 令和4年2月1日から 令和4年2月20日までの 20 日間 ⑮ 上記⑭の期間で報酬を受けたときは、その報酬額と支払の基礎となった期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日 までの 日分として 円 ⑯ 障害厚生年金または障害手当金の有無 有・請求中・無 ⑰ 老齢または退職年金の有無(喪失者のみ) 有・請求中・無 ⑱ ①労働者災害補償保険法による休業補償は受けていますか はい・申請中・いいえ ⑲ 前項①にてはいもしくは申請中と回答された方は申請中の労働基準監督署名をご記入ください 労働基準監督署 ⑳ 介護保険法のサービスを受けたとき 保険者番号 被保険者番号 保険者名称

受取代理人欄 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。 令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名 (フリガナ) 代理人の氏名 (フリガナ) 委任者と代理人との関係

振込先指定口座 銀行コード 0099 支店コード 099 永田町 銀行 農協 信金・信組 赤坂見附 本店 支店 普通 当座 口座番号 99999998 口座名義 薬業 太郎 フリガナ ヤクギョウ タロウ

この書類の送付先は 〒100-0014 東京都千代田区永田町2-17-2 東京薬業健康保険組合 給付課 宛

受付日付印

※口座名義が被保険者名でないときは必ず受取代理人欄を記入してください。

記号 9999 番号 1234 被保険者名 薬業 太郎 ⑳ 勤務状況(出勤日は○、有休は△、欠勤は×、公休は公で記入して下さい) ※労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況を表示してください 出勤 有休 令和4年2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 4日 0日 令和 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 日 日 令和 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 日 日 給与形態 給与(末日)(20日払当月・翌月) 控除(末日)当月(翌月) 月給・日給・時間給(円/h) 歩合給・その他( ) ② 支払した(する)賃金内訳 期間 区分 基本給 270,000 支給額 60,000 控除額 210,000 資格手当 20,000 20,000 手当 手当 交通費(前払含む) 有・無 令和4年2月1日~4年4月30日の分として(60,000)円 精算済みの場合は 払戻日 月 日 円 社宅 有・無 居住スペース( )畳 勤務地( ) 自己負担額( )円 ③ 現在までも将来も支給しない場合はその旨 給与規定による ④ 担当者氏名 業務 冬子 上記のとおり相違ないことを証明します 令和4年3月15日 事業主 ⑤ 事業所名・所在地 薬業工業(株) 東京都台東区上野1-27-2 ⑥ 氏名 代表取締役社長 健保 一郎 TEL (03) 3833-3271

㉑ 患者氏名 薬業 太郎 ㉒ 発病または負傷の年月日 4年1月31日 ㉓ 傷病名 急性胃腸炎 ㉔ 療養の給付を開始した年月日 4年2月1日 ㉕ 発病または負傷の原因 ※医師の判断による ㉖ 労務不能と認められた期間 令和4年2月1日から 令和4年2月20日まで 20 日間 ㉗ 診療実日数計 3 日間 ㉘ 上記㉕期間の受診日を丸で囲んでください 令和4年2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 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 ㉙ 上記㉕期間の療養の内容(できるだけ詳細に記載して下さい) 通院指導の有無: [x]有(頻度 1週間に1度 ) [ ]無(理由 ) 投薬の有無: [x]有(2月1日に7日分) [ ]無(理由 ) 療養の指示内容・経過等 ( ) ※医師の判断による 人工透析または人工臓器等の有無 [ ]有(種類: ) [x]無 [ ]無(理由: ) ㉚ 上記㉕期間の診察からみて従来の職種について労務不能と認めた医学的所見及び主症状 ※医師の判断による ㉛ 上記㉕期間中に入院していた期間がある場合はその期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日 まで 日間 ㉜ 入院の費用の別 健保・公費 自費・その他 上記のとおり相違ありません ㉝ 住所(所在地) 〒398-0001 長野県大町市平1915 令和4年3月1日 医師 ㉞ 医療機関名 東薬クリニック 氏名 厚生 太郎 TEL (0261) 22-1718

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

※裏面の「記入の方法及び注意事項」を必ずお読みになってからご記入ください。 ※

東京薬業健康保険組合