健康保険傷病手当金･傷病手当金付加金 請求書（第　回）

別紙「就労・賃金支払状況報告書」を添付のうえ、請求します。

（被保険者が記入するところ）

被保険者証の			被保険者の氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ 印	
記号		番号			
被保険者の住所	〒　－ TEL　－　－		障害年金または障害手当金の受給	有　・　無	
			雇用保険の傷病手当金の受給	有　・　無	
傷病名			療養のため休んだ期間	自 令和　年　月　日 至 令和　年　月　日	日間
発病または負傷年月日	平成 令和　年　月　日		上記期間中に対する報酬を受けたときはその金額	円	
発病または傷病の原因			第三者の行為によるものですか	はい・いいえ	
入院した期間があるときの	病院名		入院期間	自 令和　年　月　日 至 令和　年　月　日	日間
			入院費用の区別	自費　・　健保　・その他	

任意継続・資格喪失の方	老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか		はい　・　請求中　・　いいえ
	基礎年金番号		
	当該年金給付を受けることとなった年月日		平成・令和　年　月　日
	制度名	年金コード又は記号番号	現在の年金額
			円
			円
			円
	（添付書類）当該年金給付の年金証書又はこれに準ずる書類の写しを添付してください		

給付金の振込先 （被保険者名義）	銀行　農協組合 信用金庫　労働金庫 信用組合	支店	普通 当座 その他	口座番号

（医師が意見を記入するところ）

傷病名		発病または負傷の原因	
発病または負傷年月日	平成 令和　年　月　日	療養の給付開始年月日	令和　年　月　日
労務不能と認めた期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	左の期間中の診療実日数	日間
入院期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間		
傷病の主症状及び経過状況	（労務不能と認めた理由を詳しく記入してください）		

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　年　月　日提出

所在地

名称

氏名　印

電話番号

支給期間	令和　年　月　日～令和　年　月　日
待期期間	令和　年　月　日～令和　年　月　日
支給日数	日間
控除額	円
資格取得年月日	昭和・平成・令和　年　月　日
資格喪失年月日	平成・令和　年　月　日

法定給付支給額	円
付加給付支給額	円
支給総額	円

理事長	常務理事	事務長	担当者

健保受付年月日	入力年月日	支払年月日	台帳への記入年月日

※この請求書は１ヵ月ごとに提出してください。

※負傷原因が外傷の場合は「負傷原因書」を添付してください。

オークマ健康保険組合

2020.1