健康保険　傷病手当金請求書（第　　回）

西武健康保険組合理事長　殿　　No.

被保険者（請求者）記入欄					
被保険者証の記号と番号	記　号		氏名	（フリガナ）	
	番　号		生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日	
被保険者の住所電話番号	（〒　　－　　）			（TEL　　－　　－　　） ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください	
事業所名（会社名）			所属		
資格取得日	昭和・平成 令和　　年　　月　　日		あなたの仕事の内容（具体的に）		
傷　病　名			発病または負傷年月日	平成・令和　　年　　月　　日	
傷病の原因について	1．病気　⇒［　　］ 2．ケガ　⇒［　　］　※第1回請求時に負傷届を添付				
今回の請求期間の傷病の状態	症状　： 医師からの指示等　：				
療養のために休んだ期間（請求期間）	令和　　年　　月　　日　から 令和　　年　　月　　日　まで　　日間				
上記の期間に会社から報酬を受けましたか、又は今後受けられますか（有給休暇、交通費等が該当します）	はい　・　いいえ				
障害厚生年金または障害手当金を受給していますか	はい　⇒　障害厚生年金 障害手当金 いいえ　・　請求中	「はい」または「請求中」の場合 基礎年金番号	傷病名	支給開始年月日	

振込先口座	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号（右詰めで記入）	口座名義
	銀行　信用金庫 信用組合　農協	本店 支店 出張所	1　普通 2　当座		（カタカナ）
	ゆうちょ銀行	通帳記号		通帳番号	口座名義
		1　　0		1	（カタカナ）

※事業主の銀行口座に振り込みを希望する場合

受取代理人の欄	
	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任いたします。 被保険者（請求者）　氏名 受取代理人　氏名
	上記の給付金について確かに受け取りました。　令和　　年　　月　　日 受取代理人　氏名

書類の提出方法　：　①本人記入後医師の証明を受ける　→　②各社人事担当へ提出　→　③健康保険組合

注　意　事　項　：　給与の支払い有無の事業主証明が必要になるため、給与の締切に合わせ1ヶ月毎に請求してください。
消せるボールペン、修正テープは使用できません。訂正する場合は、二重線で抹消し、訂正印を押してください。

療養を担当した医師の意見欄				
	患者氏名			
	傷病名			
	発病または負傷の原因			
	発病または負傷の年月日	平成・令和　年　月　日	療養の給付開始年月日（初診日）	平成・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） ※うち診療実日数　（　日間）		
	上記期間中の入院期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　（　日間）		
	傷病の主状態及び経過概要			
	症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見	就労の見込みについて（ア,治癒　イ,　月　日頃から就労可能見込み　ウ,現時点では不明）		
	上記のとおり相違ありません。 医療機関の名称 医療機関の所在地 医師の氏名	令和　年　月　日 **※労務不能と認めた期間以降に証明してください。**		

※空欄がないようにご記入ください。
※請求期間に診療実績がない場合は、支給対象外になることもあります。

事業主証明欄			
	労務に服さなかった期間	令和　年　月　日　～　令和　年　月　日	
	出勤状況	出勤…○　有給休暇…△　公休…公　欠勤…×　事業主支給…●でそれぞれ表示してください。	
		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
		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
		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
	上記期間中の報酬の支払期間と金額	全部支給（有給・事業主支給等）	令和　年　月　日　～　令和　年　月　日　日間
		一部支給	令和　年　月　日　～　令和　年　月　日　日間 金　円
	傷病手当金の請求実日数	日間（待期期間、有給休暇等除く）	
	上記のとおり相違ないことを証明いたします。 事業所の名称 事業所の所在地 事業主の氏名		

押印欄	事業所		所属	

健康保険組合記入欄				
	傷病手当金	期間　/　～　/	日数　×	標準報酬日額の2/3　A　円
	受付年月日	標準報酬日額	（　,000 ×　）＋（　,000 ×　）＋（　,000 ×　）＝　,000 （　,000 ）÷ 12ヶ月 ÷ 30日 ≒　,000 円	
		待期期間（第1回）	/　～　/	
		支給開始日	令和　年　月　日	
		支給満了日	令和　年　月　日	
		備考		