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

おおむねー か月を単位で請求してください。

請求回数を記入

No.

被保険者（請求者）記入欄	被保険者証の記号と番号	記　号	100	氏名	(フリガナ) セイブ　タロウ 西武　太郎
		番　号	12345	生年月日	昭和・(平成)　元　年　10　月　15　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	
		○○県○○市○○町○○番地○○			
	事業所名（会社名）	○○○○株式会社		所属	○○部
	資格取得日	昭和・(平成)・令和　22　年　4　月　1　日		あなたの仕事の内容（具体的に）	駅係員
	傷　病　名	急性虫垂炎		発病または負傷年月日	平成・(令和)　6　年　4　月　1　日
	傷病の原因について	1. 病気　⇒［　不明　］			
		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　：　4/1朝、激しい腹痛・吐き気があり受診したところ急性虫垂炎の診断となりそのまま入院。			
		医師からの指示等　：　退院後は、激しい運動等は避け、自宅にて安静にするように指示を受けた。			
	療養のために休んだ期間（請求期間）	令和　6　年　4　月　1　日　から 令和　6　年　4　月　21　日　まで		21　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	「はい」または「請求中」の場合		
		(いいえ)・請求中	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) セイブ　タロウ
	ゆうちょ銀行	通帳記号 1　0	通帳番号 1		口座名義 (カタカナ)

※事業主の銀行口座に振り込みを希望する場合

被保険者（請求者）の口座に振り込みを希望される場合は、記入しないでください。

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。

事業主名（口座名義人）

被保険者（請求者）　氏名　西武　太郎

受取代理人　氏名　○○○○株式会社　○○　○○

上記の給付金について確かに受け取りました。　令和　6　年　6　月　24　日

給付日

事業主名（口座名義人）

受取代理人　氏名　○○○○株式会社　○○　○○

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	西武 太郎	
傷病名	急性虫垂炎	
発病または負傷の原因	不明	
発病または負傷の年月日	平成・令和 6 年 4 月 1 日	療養の給付開始年月日（初診日） 平成・令和 6 年 4 月 1 日
労務不能と認めた期間	令和 6 年 4 月 1 日から 令和 6 年 4 月 21 日まで （ 21 日間） ※うち診療実日数 （ 8 日間）	
上記期間中の入院期間	令和 6 年 4 月 1 日から 令和 6 年 4 月 7 日まで （ 7 日間）	
傷病の主状態及び経過概要	令和6年4月1日に腹痛・吐き気を訴え当院初診。 諸検査施行し、急性虫垂炎を認め同日入院。	
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	同4月1日腹腔鏡下虫垂切除術施行、術後経過良好のため4月7日退院となった。 退院後も2週間程度の自宅安静を要したため労務は不能であった。 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。　　令和 6 年 4 月 25 日

※労務不能と認めた期間以降に証明してください。

医療機関の名称　○○○○○○○病院

医療機関の所在地　○○県○○市○○町○○番地○○

医師の氏名　○○ ○○

※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 6 年 4 月 1 日 ～ 令和 6 年 4 月 21 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。	
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 6 年 4 月 1 日～ 令和 6 年 4 月 5 日 5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	16 日間（待期期間、有給休暇等除く）	

出勤状況	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 6 年 4 月	△	△	△	△	△	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×										
令和 年 月																															
令和 年 月																															

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　○○○○株式会社

事業所の所在地　○○県○○市○○町○○番地○○

事業主の氏名　○○ ○○

押印欄									
事業所	印	印	印	所属	印	印	印		

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				

K05－202404