

# 傷病手当金請求書（記入例 1）

健康保険 傷病手当金請求書 (第 1 回目)

東京貨物運送健康保険組合

被 保 険 者 （ 本 人 ） が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号と番号	記号 1000 番号 123	② 被保険者（請求者）の氏名（フリガナ）	フリガナ トウカ タロウ 東貨 太郎
	③ 事業所の名称	(株) ○○運送		④ 生年月日 昭和 平成 令和 38年 5月 1日
	⑤ 被保険者（請求者）の現住所	〒100-0001 東京都新宿区○-○-○ ○○マンション101 電話 03(××××)××××		
	⑥ 被保険者の資格を取得した年月日	昭 平 令 60年 4月 1日	⑦ 業務内容	例 運転手 仕分け 事務職 等 運転手
	⑧ 第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
	⑨ 傷病名とその傷病の発病又は負傷年月日	橈骨遠位端骨折		昭和 平成 令和 3年 4月 10日
	⑩ 発病の状態または負傷の原因を詳しく記入してください。	(外傷(ケガ)のときは、左記の注意事項にならって記入してください) 私用で外出中に道路で転んだ際、地面に手をつき骨折してしまいました。		
	⑪ 傷病または負傷の療養をするため休んだ期間	令和 3年 4月 12日 から 令和 3年 4月 30日 まで		
	⑫ 上記の期間に報酬を受けましたか、または今後受けられますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」の場合その報酬支払の基礎となった期間と報酬額	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 円
	⑬ 労災保険から休業補償給付を受給していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」「請求中」の場合、請求先の労働基準監督署	労働基準監督署
	⑭ 障害年金または障害手当金を受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金		
	⑮ 上記⑩で「はい」または「請求中」の場合、受給要因となった傷病名・基礎年金番号・支給開始年月日・年金額を記入して下さい。	傷病名	基礎年金番号	支給開始年月日 昭・平・令 年 月 日 年金額 円
	⑯ 資格喪失者及び任意継続被保険者の方	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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」又は「請求中」の場合は公的年金の制度名と金額を記入してください。 年金制度名 年金 年額 円		

令和 年 月 日提出

受付日付印

振 込 先 （ 1 か 2 に 先 ）	① 被保険者（請求者）名義の口座に振り込み		
	2 受領代理人の口座に振り込み（委任払い） ※下記の委任者と受任者を必ず記入 被保険者（委任者） 氏名 受領代理人（受任者） 住所 〒 - 氏名		
振 込 口 座	預金種別 金融機関名	普通 当座・貯蓄 その他( )	銀行・信託 信組・農協
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	口座名義 カタカナ トウカ タロウ

## 【注意事項】

- ①と⑥は、健康保険証に書いてあります。
- ⑧が第三者の行為によるときは、別に「第三者の行為による傷病届」を提出して下さい。  
又、当組合審査係に連絡してください。電話03(3359)8166
- ⑩は、特に外傷(ケガ)の場合には「いつ、どこで、どのように」等くわしく記載して下さい。  
別に「負傷原因届」を提出していただく場合があります。
- ⑬で労災保険から受給している、若しくは請求中の場合は当組合給付係に連絡してください。  
電話03(3359)8165
- ⑭で「はい」「請求中」の方は、障害厚生年金の場合は障害年金証書と裁定通知書の写、  
障害手当金の場合は障害手当金通知書の写を添付して下さい。
- ⑯で「はい」「請求中」の方は、老齢・退職年金の年金証書又はこれに準ずる書類、その額  
及びその支給開始年月を証明する書類の写しを添付して下さい。