

※ 支給 支払 決議 書	同年月日	令和 年 月 日						常務理事	事務長	担当者		
	決済年月日	令和 年 月 日										
	支給金額	百万	拾万	万	千	百	十	円				
	取得年月日	平・令 年 月 日						傷病手当金算定額		円(日額 円)		
	喪失年月日	令和 年 月 日						障害年金・障害手当金		円(日額 円)		
	支給開始日	令和 年 月 日						老齢(退職)年金		円(日額 円)		
	支給期間	令和 年 月 日 から						令和 年 月 日 まで		日間		
	前回	令和 年 月 日 から						令和 年 月 日 まで		日間		
	備考								受付日付印			

フォーラムエンジニアリング健康保険組合 理事長殿

健康保険 傷病手当金請求書 ¹ (第 回 目)

被 保 険 者 の 記 入 す る と こ ろ	2 被保険者の 記号・番号	-			3 被保険者氏名							
	4 被保険者の 現住所	〒									TEL	
	5 資格を取得 した年月日	平・令 年 月 日			6 被保険者の 業務の種別							
	7 発病または 負傷の年月日	平・令 年 月 日			8 傷病名							
	9 発病の状態 または 負傷の原因	外傷性によるケガの場合は「負傷原因届」を提出してください									10 第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はいの場合は「第三者行為による傷病届」を提出してください	
	11 療養のため 休んだ期間	令和 年 月 日 から			令和 年 月 日 まで			日間				
	12 上記11の療養のため休んだ期間の報酬を受けましたか。 又は今後受けられますか。	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> 今後受ける <input type="checkbox"/> 今後も受けない										
	13 上記12で「受けた」又は「今後受ける」と答えた場合、その報酬支払 の基礎となる期間と報酬の額を記入してください。	令和 年 月 日 から			令和 年 月 日 まで			円				
	14 「障害年金」又は「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 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14で「はい」又は「請求中」と答えた場合、受給の要因となる傷 病名を記入してください。											
	16 上記14で「はい」と答えた場合、基礎年金番号・年金コード・支給開始年月日・年金額を記入し、「請求中」と答えた場合、 基礎年金番号のみ記入してください。	基礎年金番号			年金コード		支給開始年月日			年金額		
							昭・平・令 年 月 日			円		
	17 資格喪失者で、その後も継続して傷病手当金を申請する場合に老齢又は 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"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中										
	18 上記17で「はい」と答えた場合、基礎年金番号・年金コード・支給開始年月日・年金額を記入し、「請求中」と答えた場合、 基礎年金番号のみ記入してください。	基礎年金番号			年金コード		支給開始年月日			年金額		
							昭・平・令 年 月 日			円		
	19 労災保険から休業補償給付を受けている期間に、業務外の事由による傷 病手当金の申請ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 労災請求中										
	20 上記19で「はい」又は「労災請求中」と答えた場合、支給元又は請求 先の労働基準監督署名を記入してください。	労働基準監督署										
	21 振込先指定口座 ※被保険者本人名義	金融機関名			支店名							
		口座番号			口座名義人							

【注意事項：申請者（被保険者）殿】

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、申請者（被保険者）の署名が必要となります。

※初回（第1回目）の申請をする場合で当組合に加入されてから1年6か月に満たない方は、3枚目の「傷病手当金請求にともなう加入状況報告書（初回申請用）」が必要となります。

事業主が証明するところ	22 被保険者の記号・番号	-	23 被保険者氏名		
	24 労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間			
	上記24の期間中の分として支払う報酬関係	A 全部支給した場合又は支給する場合	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間 ◆支給した(する)金額 円(日額 円) ◆出勤 日分 ◆有給 日分 ◆()手当 日分		
		B 一部支給した場合又は支給する場合	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間 ◆支給した(する)金額 円(日額 円) ◆出勤 日分 ◆有給 日分 ◆()手当 日分		
		C 今現在も将来にも支給しない場合等			
	26 上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 TEL			

【留意事項：事業所担当者殿】

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、事業主の署名が必要となります。
 ※25欄の「A全部支給」又は「B一部支給」とは、一日当たりの賃金の全部又は一部の意味であること。
 ※労務に服さなかった期間の「賃金台帳(給与明細)」と「出勤簿(勤怠)」の写を添付してください。

療養を担当した医師が意見を記入するところ	27 患者氏名			
	28 傷病名	①	②	③
	29 療養の給付開始年月日	① 平・令 年 月 日	② 平・令 年 月 日	③ 平・令 年 月 日
	30 発病または負傷の年月日	平・令 年 月 日	31 発病または負傷の原因	
	32 労務不能と認めた期間 (上記期間中の診療実日数) (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 (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)		
	33 入院費用の別	健保・公費・自費・その他	34 転 帰	治癒・繰越・中止・転医
	35 傷病の主たる症状及び経過			
	36 上記のとおり相違ありません。	令和 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名称 医師の氏名 TEL		

【留意事項：医療機関担当医師殿】

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、担当医師の署名が必要となります(確認させていただく場合があります)。
 ※32労務不能と認めた期間欄は、意見書を記入する日以前において、労務不能と認めた日を記入してください。(未来日付は不可)
 ※35傷病の主たる症状及び経過欄は、治療内容・検査結果・療養指導等を具体的に詳しく記入してください。
 ※内容により当組合(保険者)から照会させていただく場合がありますので予めご了承ください。

受取代理人の欄	37 本請求書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	
	被保険者 住所 氏名	38 被保険者との関係	
	代理人 住所 氏名		
39	振込先指定口座 ※代理人名義	金融機関名 (普通預金) 口座番号	支店名 (カタカナ) 口座名義人

傷病手当金請求にともなう加入状況確認書（初回申請用）

初回（第1回目）の申請をする場合で当組合に加入されてから1年6か月に満たない方は、支給審査をするうえで調査の対象となるため下記40から42に記入したうえで同意書に記入・押印をしてください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	40 被保険者の記号・番号	—	41 被保険者氏名	
	42 フォーラムエンジニアリング健康保険組合に加入する前の保険および勤務先等の状況を記入してください。（審査をするうえで必要となる確認事項です。記入漏れなどある場合は受付できません。）			
	A 前職の有無			
	<input type="checkbox"/> 前職あり（下記 B を記入してください） <input type="checkbox"/> 前職なし（下記同意書のみ記入してください）			
	B 前職時の加入状況等を記入してください。			
	勤務先の名称（会社名）： _____			
	勤務していた期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 年 _____ 月 _____ 日 まで			
	保険者（健康保険組合等）の名称： _____			
	被保険者の記号・番号： _____ 記号 _____ 番号			
	加入期間中の傷病手当金受給の有無： <input type="checkbox"/> 受給していた（傷病名 _____ ） <input type="checkbox"/> 受給していない			
前々職の有無： <input type="checkbox"/> 前々職あり（下記 C に該当の場合は記入してください） <input type="checkbox"/> 前々職なし				
C 上記 B で勤務していた期間が1年未満の場合は前々職時の加入状況等を記入してください。				
勤務先の名称（会社名）： _____				
勤務していた期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 年 _____ 月 _____ 日 まで				
保険者（健康保険組合等）の名称： _____				
被保険者の記号・番号： _____ 記号 _____ 番号				
加入期間中の傷病手当金受給の有無： <input type="checkbox"/> 受給していた（傷病名 _____ ） <input type="checkbox"/> 受給していない				

当組合で傷病手当金の支給審査をするうえで調査が必要となり、関係機関（医療保険者、医療機関、事業主、官公庁等）に文書での照会をするため、下記の同意書に署名してください。

※この調査は健康保険法第59条（文書の提出等）に基づいて行っており、利用目的以外で使用することはありません。
※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、申請者本人（被保険者）の署名が必要となります。

傷病手当金請求にともなう同意書

健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、フォーラムエンジニアリング健康保険組合が関係機関（医療保険者、医療機関、事業主、官公庁等）に対して給付記録・療養の給付記録・診療履歴等の照会を行なうこと、また、関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。

後日、本件について貴組合に対して一切の異議・請求等の申立てをしません。

なお、照会先が複数となる場合、本書の写しも有効と認めます。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フォーラムエンジニアリング健康保険組合 理事長 殿

住 所 _____

生年月日 昭和 ・ 平成 ・ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

被保険者氏名 _____ 

※この調査は健康保険法第59条（文書の提出等）に基づいて行っており、利用目的以外で使用することはありません。