

※ 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					傷病手当金記入例		
	支給金額	百万	拾万	万	千	百			
	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	当組合記入欄							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 1 回目)

被 保 険 者 の 記 入 す る と こ ろ	2 被保険者の 被記号・番号	123 - 45678	3 被保険者氏名	健保 拓哉
	4 被保険者の 被現住所	〒105-0000 東京都港区●●●1-2-3 フォーラム123 Tel 080-0000-0000		
	5 資格を取得 した年月日	平・令 2年 4月 1日	6 被保険者の 業務の種類	健保組合事務
	7 発病または 負傷の年月日	平・令 3年 4月 1日	8 傷病名	脳出血
	9 発病の状態 または 負傷の原因	長い間、慢性高血圧であり、 それが原因で脳出血となった <small>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</small>		10 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 <small>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</small>
	11 療養のため 休んだ期間	令和 3年 4月 1日 から 令和 3年 4月 30日 まで 30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 checked="" type="checkbox"/> 今後受けない		
	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	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 手当金		
	15 上記14で「はい」と 病名を記入してくだ さい	被保険者が記入してください ※記入漏れのないようにお願いします		
16 上記14で「はい」と 基礎年金番号のみ記 入してください	「請求中」と答えた場合、 基礎年金番号			
		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 checked="" 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 checked="" 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 ●▲■銀行	支店名 ▲■★支店		
	口座番号 (普通預金) 1234567	口座名義人 (カタカナ) ケンポ タクヤ		

【留意事項：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	123 - 45678	23 被保険者氏名	健保 拓哉	
	24 労務に服さなかった期間	令和 3 年 4 月 1 日 から 令和 3 年 4 月 30 日 まで 30 日間			
	25 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 する場合	事業主に証明を頂いてください		
		C 今現在も将来にも支給しない場合等	現在までにも又将来も支給せず		
	26 上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 3 年 5 月 15 日 事業所所在地 東京都港区 ■■■ 2-3-4 事業所名称 株式会社 ○△□☆ 事業主氏名 代表取締役 ●▲ ■★ TEL 03-0000-0000			

【注意事項：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(動怠)」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	健保 拓哉		
	28 傷病名	① 脳出血	② 慢性高血圧	③
	29 療養の給付開始年月日	① 平・令 3 年 4 月 1 日	② 平・令 3 年 4 月 1 日	③ 平・令 年 月 日
	30 発病または負傷の年月日	平・令 3 年 4 月 1 日	31 発病または負傷の原因	慢性高血圧
	32 労務不能と認め(上記期間中の診)	担当医師に証明を頂いてください		
	33 入院費用の別	健保・公費・自費・その他	34 転 帰	治療・繰越・中止・転医
	35 傷病の主たる症状及び経過	注意障害、情報処理速度低下、記憶障害があり、入院リハビリ中で症状は軽減傾向である。		
36 上記のとおり相違ありません。	令和 3 年 5 月 1 日 医療機関所在地 東京都港区 ▲▲▲ 3-4-5 医療機関名称 ●▲■★大学病院 医師の氏名 ○△ □☆ TEL 03-1111-0000			

【注意事項：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 代理 氏名	38 被保険者との関係
	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	123 - 45678	41 被保険者氏名	健保 拓哉
	42 フォーラムエンジニアリング健康保険組合で必要となる確認事項	審査をするうえで重要な書類となるため 正確に記入してください。		
	A 前職の有無	<input checked="" 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）： ○△□☆株式会社		
		勤務していた期間： 令和 1 年 6 月 1 日 から 令和 2 年 3 月 31 日 まで		
		保険者（健康保険組合等）の名称： ●▲■★健康保険組合		
		被保険者の記号・番号： 記号 111 番号 11111		
		加入期間中の傷病手当金受給の有無： <input checked="" type="checkbox"/> 受給していた（傷病名 うつ病） <input type="checkbox"/> 受給していない		
		前々職の有無： <input checked="" 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： 平成 30 年 4 月 1 日 から 令和 1 年 5 月 31 日 まで		
		保険者（健康保険組合等）の名称： ★■▲●健康保険組合		
		被保険者の記号・番号： 記号 999 番号 99999		
		加入期間中の傷病手当金受給の有無： <input checked="" type="checkbox"/> 受給していた（傷病名 うつ病） <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 3 年 5 月 1 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 東京都港区●●●●1-2-3 フォーラム123

生年月日 昭和 ●●●● 平成 ●●●● 令和 5 年 1 月 1 日

被保険者氏名 健保 拓哉 

※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。