

健康保険 傷病手当金・傷病手当付加金請求書 (第 1 回)

【注意事項】

① 消えないボールペンでご記入ください。  
 ② 訂正するときは被保険者(申請者)が二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)を記入してください。訂正印でも構いません。

被 保 険 者 (申 請 者) が 記 入 す る 欄	被保険者等の 記号-番号	10 - 0000	被保険者の氏名	博 報 太 郎			
	被保険者の 現住所	〒 123-4567 新宿区北新宿1-1-1		生年月日	昭和 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 令和	年齢	○才
	事業所の名称	(株)博 報 堂		業務の種別	(具体的に) 経理担当事務		
	傷病名	1) 胃潰瘍 2)		発病または 負傷年月日	平成・令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 平成・令和 年 月 日		
	1回目の 請求の とき記入	該当の傷病は病気 (疾病)ですか、 ケガ(負傷)ですか	病 気 ケ ガ	(発病時の状況)	食事の後に胃が痛むようになり、病院へ行き緊急入院となった		
		過去に傷病手当金を受給したことがありますか		いいえ・はい (博報堂健保で受給・博報堂健保以外で受給)			
	傷病の療養を するために 休んだ期間	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 から 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 まで ○○ 日間					
	請求期間 中の症状	退院後は病院で処方された薬を飲んで安静にしている					
	上記期間に報酬を受けました か、または今後受けられますか	はい / いいえ		「はい」と答えた場合は、その 報酬額とその報酬支払の基礎 となった(なる)期間	令和 ○ 年 ○ 月 △ 日～ 令和 ○ 年 ○ 月 △ 日～分として 70,000 円		
	障害厚生年金又は障害手当金 を受給していますか	はい / 請求中 いいえ		傷病名	□障害厚生年金 □障害手当金		
「退職者の方のみ」 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	はい / 請求中 いいえ		基礎年金番号	年金コード			
労災保険から休業補償給付を 受けていますか(過去に受けまし たか)	はい / 請求中 いいえ		支給開始日	令和 年 月 日 年金額 円			
「はい」の場合は右記の書類を 全て添付(初回申請時および更 新・変更が生じた都度提出)	老齢退職年金 障害年金		□年金証書のコピー □支給額変更通知書(裏表)のコピー □年金給付額、支給開始年月を証明する書類				
	休業補償給付		□休業補償給付支給決定通知書のコピー				

振 込 希 望 口 座	金融機関 名称	○ ○		銀行	金庫	本店	支店		
	預金種類	普通	口座番号	0 0 0 0 0 0 0				本店営業 出張所 その他( )	
	口座名義 の区分	1.申請者 2.代理人	口座名義 (カタカナ)	ハ	ク	ホ	ウ	タ	ロ

「2」の場合は必ず記入してください。

受 取 代 理 の 欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日		受付日付印
	代理人 (口座名義人)	住所	TEL ( )	被保険者との関係

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--