

傷病手当金請求書・同意書 (第 回)

法令出版健康保険組合 理事長 殿 年 月 日 請求

1この請求書は各月毎に（但し初回については経過がわかるよう記入の上）提出してください。
2記入については、ペンを使用し、訂正する場合は必ず訂正印を押してください。
3被保険者の資格を喪失した後の期間については、事業主の証明を要しません。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者 証 等 の	記 号 一 番 号		被保険者 氏 名			
		—					
	事業所の 名 称				生年月日	昭・平	年 月 日生
					現 住 所 連 絡 先	電話 ()	
	傷 病 名					診 療 開 始 年 月 日	
						年 月 日	
	傷 病 の 原 因	特に外傷の場合はできるだけ詳細に記入してください (いつ) 年 月 日 () 時頃				業務に関連が ある ない 通勤災害で ある ない 第三者行為で ある ない	
		(どこで)					
		(何をして)					
	担当業務（できるだけ詳細に）						
障害年金・老齢年金の受給			有・無・請求中		年 月 日から受給		
年金証書の基礎年金番号・年金コード（証書・改訂額通知書のコピー添付）					年 金 額		
					円		
傷 病 又 は 負 傷 に よ り 療 養 の た め 休 ん だ 期 間		年 月 日から 年 月 日まで		日間	休んだ期間の報酬 受けた・受けない・受けられない		
報酬の支払いを受けた (受けられる) ときは、		年 月 日から 年 月 日まで		日間	円		
入院した期間がある時は 入 院 期 間		年 月 日から 年 月 日まで		日間	病院の 名 称		
健康保険で入院しましたか		1 健保 2 公費 3 自費 4 その他 ()					
受 領 委 任	上記金額の受領を事業主 名 称 氏 名 殿に委任します。						
	被保険者の氏名						

※下欄の内容をご確認の上、ご署名願います。

同 意 書	
法令出版健康保険組合 理事長 殿	
私は、法令出版健康保険組合が私の受診した医療機関等に対し、傷病手当金にかかる診療内容等の照会を行い、照会を受けた医療機関等が法令出版健康保険組合に対して回答することに同意します。	
年 月 日	被保険者の氏名

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	労務に服さなかった期間		年 月 日から 年 月 日まで		日間								
	出勤簿により次の表示をしてください。	月	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										
		病欠の日…………○ 有給休暇日…………◎ 公休日…………×	月	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												
	(会社が休みの日)	月	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										
	上記の 期間中 の分と して支 払う報 酬関係	⑦ 全額支給した場合 又は支給する場合	年 月 日から		金 円 (日額)								
			年 月 日まで		(月 日支払) (金 円)								
			① 一部支給した場合 又は支給する場合		年 月 日から		金 円 (日額)						
		年 月 日まで		(月 日支払) (金 円)									
② 現在までも又は将来も 支給しない場合はその旨													
上記のとおり相違ないことを証明します。													
年 月 日 事業所の所在地 名 称 事業主の氏 名 電話 ()													

1被保険者の資格喪失後の期間については証明はいりません。
2原則として報酬の支払いが完了した期間を請求するよう指導してください。
3一ヶ月単位で支払う報酬で病休期間に及ぶものをよく確認してください。
4月給者に対し報酬を支払わない場合はその理由をお知らせください。

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	傷 病 名	①	療養の給付 開始年月日		① 年 月 日	
		②			② 年 月 日	
		③			③ 年 月 日	
	発病又は負傷の原因			発病又は負傷の年月日		
	労務不能と認めた期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間	左の期間中の 診 療 実 日 数	日間
	傷病の主症状及び経過概要 [労務不能と認めた理由]	(労務不能期間については、被保険者又は被保険者であった者が従事していた本来の業務と同等の業務に、たえうるか否かを標準に記入してください。)				
	(1) 人工透析を開始した日 (2) 人工骨頭又は人工関節をそう入置換した日 (3) 人工肛門を造設した日 (4) 人工膀胱又は尿路変更術を施工した日 (5) 心臓ペースメーカー、人工弁を装着した日			年 月 日		
	上記期間中の 入 院 期 間	年 月 日から 年 月 日まで		日間	入 院 中	
	上記のとおり相違ないことを証明します。					
	年 月 日 医療機関名 及び所在地 医 師 氏 名 電話 ()					

1訂正箇所には医師証明の印を押印してください。
2労務不能と認めた傷病の症状、経過をわかりやすく記入してください。
3合併症の場合はすべての疾病について記載してください。