

健康保険 傷病手当金請求書・同意書 提出日 令和4年1月4日

同意書

If the period for claiming an Injury and Sickness Allowance exceeds one month, then please obtain a doctor's authentication and request the allowance each month.

保険組合が関係機関に対して、健康保険加入記録・給付受給に関する情報等の照会を行うこと、また、保険組合がその回答を得ることに同意いたします。

令和4年1月4日

被保険者氏名 山口 太郎

被 保 者	① 被保険者証の記号と番号	記号 ①1234	番号 ①12345678	② 被保険者氏名	②山口 太郎	
	③ あなたの仕事内容(具体的に)	③商品マーケティング <small>※退職日以降の期間を請求する場合、退職前の業務内容をご記入ください。</small>		④ 生年月日	④昭和50年6月1日	
者	⑤ 被保険者の(請求者)現住所	(〒 -)		TEL ()	※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。	
	⑥ メールアドレス	⑥ @		※電話での連絡が難しく、メールでの連絡を希望される場合にはメールアドレスをご記入ください		
が	⑦ 傷病名	⑦ 鎖骨骨折		⑧ 発病または負傷の年月日	⑧令和3年12月15日	
	⑨ 傷病の原因について	⑨ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 第三者行為によるもの <input checked="" type="checkbox"/> その他(夜、家の階段で足を踏み外し転落し、骨折) <small>※工作中、通勤途上、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず健康保険組合と勤務先にご連絡ください。 ※工作中や通勤途上の労災に該当する場合は請求できません。</small>				
記	⑩ 療養の為に休んだ期間の傷病の状態を詳しく	症状 : ⑩ 医師からの指示等 :				
	⑪ 療養のために休んだ期間(請求期間)	令和3年12月16日から 令和3年12月31日まで 16日間		⑫ 請求期間に報酬を受けましたか また今後受けられますか	⑫ はい いいえ	
入 る	⑬ 「障害年金」または「障害手当金」を受給していますか	⑬ はい・いいえ・請求中		受給しているものにチェック	<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 <small>※請求中の場合は言約書が必要となります。 ※年金額に変更が生じた際にはご連絡ください。</small>	
	⑫で「はい」もしくは「請求中」の場合	傷病名	基礎年金番号	支給開始日	年 月 日	
る	⑭ 《退職者の場合》老齢または退職による公的年金を受給していますか	⑭ はい・いいえ・請求中		⑬で「はい」もしくは「請求中」の場合	基礎年金番号	支給開始日
		年金年額	円	支給開始日	年 月 日	
支 給 欄	給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。 尚、給与振込口座へ振り込みを希望されない方は、下記へ被保険者本人名義の振込希望口座をご記入ください。					
	振込先銀行	銀行 金庫・農		In general, payment can only be made to an account in the insured person's name. If not the account by which the insured person is paid salary/wages, then enter another bank account in the insured person's name.		
預金種別	普通・当座貯蓄	口座名義	(1) 漢字			

社会保険労務士 提出代行者の場合	確認 <input type="checkbox"/>	証明内容について確認	電話 ()	担当者
---------------------	--------------------------------	------------	-----------	-----

受付日付印

〔備考〕(①欄に記号番号を記入した場合は記入不要です。)

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより請求
マイナンバーを記入する場合、個人番号及び本人を確認するための添付書類が必要です。

Leave blank if you indicated the symbol and number in ①.

【お願い】賃金台帳と出勤簿の写しを添付してください。

事業主が証明する欄	⑮ 労務に服さなかった期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	給与の種類	<input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> フレックス <input type="checkbox"/> 月給		
	⑯ 上記期間賃金を支給しましたか	<input type="checkbox"/> 賃金の支給がありました → ⑮に証明ください <input type="checkbox"/> 現在までも将来も支給をしません		⑰ 当該請求における傷病について 労災保険からの休業給付保障の申請をしていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	⑭の期間中の分として、報酬を支給した場合又は支給する場合 (月毎に証明ください)	㊦	年 月 日 ~	年 月 日	円		
		㊧	Get authentication from your business' operator.				円
		㊨					円
㊩		年 月 日 ~	年 月 日	円			
上記のとおり相違ないことを証明いたします。					担当者		
令和 年 月 日							
住所 〒							
事業所名					電話 - -		
事業主							

※勤務先上長の証明ではありません。事業所本部での証明が必要です。

療養を担当した医師が意見を書く欄	⑲ 患者氏名					
	⑳ 傷病名	(1)	㉑ 療養の給付開始年月日 (初診日)		(1)	年 月 日
		(2)			(2)	年 月 日
		(3)			(3)	年 月 日
	㉒ 発病または負傷の年月日	年 月 日	㉓ 発病または負傷の原因			
	㉔ 労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間		
	㉕ 診療実日数 診療日を○で囲んでください。	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	日間		
		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	日間		
		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	日間		
	㉖ ㉔の期間中入院した場合にはその	年 月 日から	療養費の別	健保・白費・公費()・その他		
㉗ ㉔の期間中における傷病について	Ask your doctor to fill out					
㉘	The allowance will be provided for a period lasting until the date upon which the doctor authenticated that "The above information is correct". Authentication for future dates will not be recognized. Example: Recognized period for inability to work The 31 days from December 1, 2021 to December 31 The above information is correct. <u>December 17, 2021</u> X (This is incorrect because the 30-day					
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						
電話番号 ()						
医師の氏名						

※医療機関名等ゴム印を押印ください。

【医師へのお願い】

労務不能と認められた期間は、未来の証明はお受けできません。
内容により、保険者より照会をさせていただくことがありますので予めご了承ください。
訂正箇所は二重線で抹消後、正しい内容と証明者のサインをご記入ください。

① Health Insurance Card Symbol and Number

② Name of Insured Person

③ Your Occupation (be specific)

* If the claim is for a period after your date of retirement, please state the work you did prior to retirement.

④ Birth Date

⑤ Address (with Zip Code) of Insured Person (Applicant)

* Please indicate your current address and the telephone number where you can be reached during the day.

⑥ Email Address

⑦ Name of Illness and Injury

⑧ Date of Illness Began or of Injury

⑨ Cause of Illness and Injury

⑩ Condition of Illness and Injury during Medical Care Leave

* Please describe in detail the symptoms of the illness and injury, as well as your medical care status and the doctor's instructions.

⑪ Leave Period for Medical Care (claim period)

⑫ Did you receive remuneration during the claim period? Are you entitled to receive remuneration in the future?

Circle one

Yes: はい No: いいえ

⑬ Are you receiving disability pension or disability allowance?

Circle one

Yes: はい No: いいえ Claim pending: 請求中

Tick all benefits you are receiving

Disability Employees' Pension Disability Basic Pension Disability Allowance

* If you are receiving Disability Employees' Pension or Old-Age Retirement Pension, please attach the Pension Certificate (copy) and Notice of Pension Transfer (copy), etc.

If your claim is pending, you will need to submit an additional written pledge.

If you answered "Yes" or "Claim pending" in ⑬, please indicate the name of the illness or injury, pension annual amount, basic pension number, and payment start date.

⑭ <For Retired Persons>

Are you receiving public pension due to old age or retirement?

Circle one

Yes: はい No: いいえ Claim pending: 請求中

If you answered "Yes" or "Claim pending" in ⑭, please indicate the basic pension number and payment start date.