

会社へ提出してください。

傷病手当金・傷病手当付加金請求書（第 回目）

被保険者の証の番号	記号	111	業務の種類	業務の種類を記入 製造、事務、営業 など	標準報酬額	記入不要
	番号	2222		標準報酬額	記入不要	
事業所の所在地	名称	保険証に記載されている事業所名を記入 退職者、任継は記入不要				
	所在地	別紙 事業所の所在地一覧参照ください 退職者、任継は記入不要				
老人保険法の医療を受けたとき	市町村番号		受給者番号		発行人名	
傷病名	左足首骨折		発病又は負傷の年月日	2018年 5月 1日		
発病又は負傷の原因	野球大会でボールが足に当たり骨折した。					
被保険者が記入するところ	労務に服することができなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで				
	上記期間の報酬の全部又は一部を受けたとき、又は受けることができるときは、その報酬額及び期間	記入不要(事業主記入欄)				
受けることができるとき	年金の種類別	老齢退職年金・障害年金・障害手当金	年金額	年金の支給事由となった傷病名		
	年金を受けることとなった年月日	年 月 日	障害年金を受けている場合は障害年金証書の記号番号			
振込希望の銀行	銀行名	支店名	請求者名義普通預金口座番号			
	〇〇銀行	△△支店	0123456			
上記のとおり請求します。	2019年 2月 15日					
住所	〒123-456 〇〇市△町1-2-3 ◎マンション 101号					
被保険者の氏名	フリガナ 健保 太郎					健保
	(生年月日 1995年 12月 1日)					
	イノアック健康保険組合理事長 殿					

※ 記入事項の訂正には必ず記載者の訂正印が必要です。

事業主が記入するところ	年 月 日から 年 月 日まで	日割																													
	就労状況 (欠勤……× 出勤……○ 有給……△ 公休……公 と該当に表示)																														
	年 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
年 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
年 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
金額支給した場合又は支給した分の報酬関係	年 月 日から 年 月 日まで	金 円 (日額) (月 日支払) (金 円)																													
上記の期間中、支給した分の報酬関係	年 月 日から 年 月 日まで	金 円 (日額) (月 日支払) (金 円)																													
上記のとおり相違ないことを証明します。	年 月 日																														
事業所所在地																															
事業所名称																															
事業主名	印																														
電話	() 番																														

記入不要(事業主記入欄)

傷病名			発病又は負傷の原因		
発病又は負傷の年月日	年 月 日	療養の給付を開始した年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	診療実日数	日間	日間
上記診療実日数が0日の場合、直近に診療した年月日	平成 年 月 日				
診療実日数0日で労務不能と認められた理由					
「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等 (詳しく)	医師記入欄				
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見 ※回復具合・自覚等もご記入下さい。					
上記のとおり相違ありません。	年 月 日				
医療機関の所在地					印
医療機関の名称					
医師の氏名					
電話	() 番				

医師記入欄

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です) 記入不要