

※支給決議書	資格取得日	年 月 日	標準報酬月額1	千円	伺 い	年 月 日	常務理事	事務長	係
	資格喪失日	年 月 日	標準報酬月額2	千円	決 済	年 月 日			
	支給開始日	年 月 日	標準報酬改定月	年 月	年金等控除額	(日額 円)	☐ 障害年金(手当) ☐ 老齢(退職)年金		
	支給期間	前回	年 月 日から 年 月 日まで	期間中の報酬等控除額	(日額 円)	支給額			円
		今回	年 月 日から 年 月 日まで 日間		年 月 日から 年 月 日まで 日間	備考(控除理由など)			

※上、支給決議書は健保記入欄につき、記入しないでください。

健康保険 傷病手当金 請求書 (第 回) 1ページ目(全3ページ)

エム・オー・エー健康保険組合理事長殿 次の通り申請します。(申請日) 令和 年 月 日

申請者	フリガナ					年齢	被保険者等記号・番号				
	氏名								—		
	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日				申請者住所	〒 —				
	日中の連絡先	()									
申請内容	休職前の労務内容					発病または負傷年月日	☐ 平 年 月 日 ☐ 令 年 月 日				
	傷病名(申請理由)					発病または負傷時の状況(原因等)					
	療養のため労務に服することが出来なかった期間(申請期間)					※第三者行為による場合は別途届が必要です。					
	令和 年 月 日～ 年 月 日 日間										
	※上記期間の分として報酬を受けましたか、受けた場合はその報酬の計算期間と金額										
☐ はい ☐ いいえ	令和 年 月 日～ 年 月 日				受けた報酬額					円	
年金等の確認	公的年金を受けている、または受けることができる時	年金等の種別	基礎年金番号	年金受給開始月		☐ 平 年 月 ☐ 令 年 月					
		☐ 障害年金 ☐ 障害手当金 ☐ 老齢年金	年金コード	円		支給事由(傷病名)					
		合計年金額(年額)									
	介護保険サービスを受けたとき	保険者名称	保険者番号	被保険者番号	サービス開始年月日						
					☐ 平 年 月 日 ☐ 令 年 月 日						
※今回の申請期間と労災保険で休業補償給付を受ける期間とに重複がある場合は請求先(支給元)の労働基準監督署を記入						労働基準監督署					
振込先指定	金融機関名	銀行・信金 信組・協組・他		本店 支店		※申請者以外の口座を指定する場合は下欄で受取代理人へ委任が必要です					
	口座 ☐ 普通 ☐ 当座	番号(左詰め)			名義(カタカナで記入)						
受取代理人	委任者(申請者)	本申請に基づく給付金の受領を下記の代理人に委任します 令和 年 月 日				／受付印日付＼					
	被委任者(代理人)	氏名									
		〒 — 電話 () 住所 氏名									

事業主の証明

被保険者氏名												休職前の 労務内容																			
勤務状況【出勤は○】、【公休は△】、【有給の休暇・欠勤は▽】、【無給の欠勤(病欠)は／】をそれぞれ記入																															
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																													
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																													
上記期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況																															
給与の 種 類		☐ 月給 ☐ 日給月給 ☐ 日給 ☐ 時間給 ☐ 歩合給 ☐ その他()										計 算 日		日		支給日		☐ 当月 ☐ 翌月 日													
支給した(する) 賃金の内訳		単価		月分		月分		月分		月分		備考(計算方法等)																			
基本給																															
手当																															
手当																															
手当																															
手当																															
計																															
上記の通り、事実と相違ないことを証明する。令和 年 月 日																															
事業所所在地																															
事業所名称																															
事業主氏名																															
電話番号 ()																															

工ム・才一・工一健康保險組合

傷病手当金請求書 3ページ目

療養担当医師の意見	患 者 氏 名				傷病名				
	発病または負傷年月日		☐ 平 ☐ 令 年 月 日		発病または負傷の原因				
	療養の給付開始年月日		☐ 平 ☐ 令 年 月 日						
	労務不能と認めた期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間		人工臓器等を装着(開始)したとき		
							人工臓器等を装着した日		
							☐ 平 ☐ 令 年 月 日		
	上記期間の内入院期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間		人工臓器等の種類		
							☐ 人工関節 ☐ 人工腎臓(透析) ☐ 人工骨 ☐ 人工肛門 ☐ 人工心臓 ☐ その他()		
	上記期間の診療実日数		日		療養費用の別		☐ 健保 ☐ 公費 ☐ 自費 ☐ その他()		
							転帰等 ☐ 治癒 ☐ 中止 ☐ 死亡 ☐ 転院 ☐ 他()		
	上 記 期 間 の 診 療 日 (○で囲む)								
	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						
	年 月		2 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						
上記期間中における「主たる症状・経過」および「治療・療養指導内容」等									
※具体的にご記入ください。									
症状：									
経過：									
治療・療養指導内容：									
休職前の労務内容について、労務不能と認められる医学的な所見									
※具体的にご記入ください。									
就労前の労務内容：									
労務不能と認められる医学的な所見：									
上記の通り、事実と相違ないことを証明する。 令和 年 月 日									
医療機関所在地									
医療機関名称									
医師の氏名									
電話番号 ()									

※傷病名及び療養の給付開始日はレセプトに記載の傷病名及び診療開始日を記載してください
 ※人工呼吸器及び人工肺(ECMO)は人工臓器に含みません