

記入例

被保険者記入欄はすべて記入してください。捺印漏れ・記入漏れは支給が遅延する恐れがあります。また、第一回目は、審査に時間がかかる場合があります。

延長でない場合は
棒線で消してください

(延長) 傷病手当金 請求書
傷病手当付加金

(第 1 回)

捺印忘れずに

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 の記号・番号	10000 123456	被保険者の 氏 名	キリン 太郎		
	傷 病 名	左アキレス腱断裂		発 病 ま た は 負傷の年月日	平成 令和 31 年 4 月 25 日	
	労務に服する ことができな かった期間	自 平成 令和 31 年 4 月 25 日 至 平成 令和 1 年 5 月 20 日	26日間	具 体 的 な 業 務 内 容 (詳しく記入)	本社での経理事務 (伝票入力作業)	
	発 病 ま た は 負 傷 の 原 因 (詳しく記入)	休日に子どもとサッカーをしていたら足首に 激痛が走り、アキレス腱が切れていた		→「負傷」の場合 は第三者による 傷 病 だ け だ	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ →「はい」の場合は「第三者による傷病届」、 「いいえ」の場合は「負傷原因届」を提出	
	障害厚生年金 障害手当金 の 受 給	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 →「有」の場合は「年金証書(写)」を添付	→「有」、「申請中」 場合はその傷病名 と基礎年金番号(コード)	傷病名:	年金番号(コード):	
	老齢厚生年金 の 受 給	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 →「有」の場合は「年金証書(写)」を添付	労災保険の休業 補償給付の受給	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 ()労働基準監督署		
上記のとおり請求します。ただし、給付金の受領を下記の事業主に委任します。 令和 1 年 6 月 15 日 住所 東京都港区赤坂1-1-1 被保険者 氏名 キリン 太郎 電話 03 (1234) 5678						

捺印忘れずに

◎被保険者の印欄(1か所)に印もれのないように、かつはつきり押ししてください。◎消せるボールペンで記入した場合は、書き直しをしていただきます。

事 業 主 証 明 欄	労 務 に 服 さ な か っ た 期 間	自 平成 令和 31 年 4 月 25 日 至 平成 令和 1 年 5 月 20 日	26日間	資 格 取 得 日	平成 令和 24 年 7 月 15 日	
	上 記 期 間 中 の 報 酬 に 関 し て	全額支給 した期間	自 平成 令和 31 年 4 月 25 日 至 平成 令和 31 年 4 月 26 日	2 日	資 格 喪 失 日	平成 年 月 日 ※
		一部支給 した期間	自 平成 令和 31 年 4 月 27 日 至 平成 令和 31 年 4 月 30 日	4日間	喪失後は下記書類が必要です 有給休暇として (日額 12,840 円)	
		支給なし の 期 間	自 平成 令和 1 年 5 月 1 日 至 平成 令和 1 年 5 月 20 日	20日間	通勤費 として (日額 650 円)	
	特記事項	報酬の詳細を記載してください				
上記のとおり相違ないことを証明します。 【証明日】令和 1 年 6 月 20 日 所在地 東京都中野区中野4-10-2 事業主 氏名 キリン株式会社						

報酬の詳細を記載してください

印

キリンビール健康保険組合御中

※資格喪失後請求の場合に添付 (すべて写しで可)	1. 離職票 2. 雇用保険延長書	◆キリン健保に未加入の場合は、下記の書類も必要です。 ①現在加入の保険証 ②上記期間に受診した領収明細書(病院・薬局)
-----------------------------	----------------------	--

資格喪失日以降の請求は、当
健保にて確認がとれないため、
ここに記載の書類が必要です。

事業所担当者印

調
査
印

記入例

療養を担当した医師が意見を書くところ	患者氏名	キリン 太郎							
	傷病名	(1)	左アキレス腱断裂	療養の 給付開始 年月日	(1)	平成31年 4月 25日			
		(2)			(2)	日			
(3)			(3)		日				
	発病または負傷の年月日	平成 31年 4月 25日	発病 負傷						
	発病または負傷の原因	スポーツ中に受傷							
	労務不能と認められた期間	自	平成 31年 4月 25日	費用の別	健保	・ 自費	・ 公費()		
		至	平成 1年 5月 20日		26日間	転	帰	治療	・ 繰越
	上記のうち入院期間	自	平成 31年 4月 25日	手術年月日	平成 31年 4月 26日	退院年月日	平成 1年 5月 15日		
		至	平成 1年 5月 15日		入院		令和	1年 5月 15日	
	診療実日数 ※実日数が0日の場合は下記にその理由も記載してください。	24日	診療日を ○で 囲んで ください	4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				
5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					
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					
	上記期間中の「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）								
	4月25日、スポーツ中に受傷し、歩行できなくなり当院受診。								
	アキレス腱断裂の診断で、腱縫合術を行なった。								
	術後4週間、ギプス固定で治療を行い、装具を作成した。								
	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								
	ギプス固定で1ヶ月は安静の必要があったため、労務不能である。								
	人工透析を実施または人工腎臓を装着したとき								
	人工透析の実施または人工腎臓を装着した日	令和 年 月 日	人工腎臓等の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 人工関節	<input type="checkbox"/> 人工骨頭	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 人工透析	<input type="checkbox"/> その他()
	上記のとおり相違ありません。								
	医療機関の名称	いろは総合病院				令和 1年 6月 10日			
	医療機関の所在地	東京都港区中央港3-2-1				医師に証明していただく日は労務不能の期間を過ぎた後でお願いします。			
	医師の氏名	赤坂 賢							
	電話	03 (4235) 6666							

診療を受けている病院での初診日

申請期間の症状や治療内容について、主治医にできるだけ詳しく書いていただくよう、お願いしてください。

労務不能の医学的所見を記入してもらってください。
労務不能と判断しかねるときは、主治医に照会する場合があります。給付決定に時間がかかりますのでご了承ください。