

健康保険 傷病手当金請求書 (第 回目)

東京貨物運送健康保険組合

(注意事項) (被保険者) 4 3 2 1

①と②は、健康保険証に書いてあります。③が第三者の行為による場合は、別に「第三者の行為による傷病届」を提出して下さい。又、当組合審査係に連絡してください。電話03(33359)8166

④で「はい」「請求中」の方は、障害年金請求書と裁定通知書の写、障害手当金の場合は障害年金通知書の写を添付して下さい。

Form with fields 1-16 for insurance details, injury information, and payment status.

平成 年 月 日提出

受付日付印

Form for bank account information and payment details.

Form for employer information, payment schedule, and wage calculation.

Form for medical treatment details, doctor's opinion, and disability status.

(事業主) 1 請求(とくに初回分および最終分)に際しては被保険者の請求期間分の給与明細、出勤簿(タイムカード)をご提示下さい。なお、請求が事業主およびその関係者にかかるときのときは、とくに「請求書」・「源泉納付書」・「全員の給与明細」をご提示下さい。

(担当医師) 3 2 1 労務不能と認められた期間が経過した後に証明して下さい。労務不能と認められた期間には、治療期間ではなく療養のため就業できなかったと認められる期間を記入して下さい。