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）

1 ①と⑥は、健康保険証に書いてあります。
2 ⑧が第三者の行為によるときは、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（３５５９）８１６６
3 ⑩は、特に外傷（ケガ）の場合には「いつ、どこで、どのように」等くわしく記載して下さい。別に「負傷原因届」を提出していただく場合があります。
4 ⑬で労災保険から給付を受けている、若しくは請求中の場合は当組合給付係に連絡してください。電話０３（３３５９）８１６５
5 ⑭で「はい」「請求中」の方は、障害厚生年金の場合は障害年金証書と裁定通知書の写、障害手当金の場合は障害手当金通知書の写を添付して下さい。
6 ⑯で「はい」「請求中」の方は、老齢・退職年金の年金証書又はこれに準ずる書類、及びその額及びその支給開始年月を証明する書類の写しを添付してください。

被保険者（本人）が記入するところ

①被保険者証の記号と番号	記号		②被保険者（請求者）の氏名（フリガナ） フリガナ
	番号		
③事業所の名称			④生年月日 昭和 平成 令和　年　月　日
⑤被保険者（請求者）の現住所	〒　－　電話　（　）		
⑥被保険者の資格を取得した年月日	昭・平・令　年　月　日	⑦業務内容	例　運転手　仕分け　事務職　等
⑧第三者行為によるものですか	□ はい　□ いいえ		
⑨傷病名とその傷病の発病又は負傷年月日	(1)		昭和 平成 令和　年　月　日
	(2)		昭和 平成 令和　年　月　日
⑩発病の状態または負傷の原因を詳しく記入してください。	（外傷（ケガ）のときは、左記の注意事項にならって記入してください）		
⑪傷病または負傷の療養をするため休んだ期間	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで		
⑫上記の期間に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	はい / いいえ	「はい」の場合その報酬支払の基礎なった期間と報酬額	令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで　報酬額　円
⑬労災保険から休業補償給付を受給していますか。	はい / いいえ　請求中	「はい」「請求中」の場合、請求先の労働基準監督署	労働基準監督署
⑭障害年金または障害手当金を受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。	□はい　□いいえ □障害年金　□障害手当金		□請求中
⑮上記⑭で「はい」または「請求中」の場合、受給要因となった傷病名・基礎年金番号・支給開始年月日・年金額を記入して下さい。	傷病名		
	基礎年金番号		
	支給開始年月日	昭・平・令　年　月　日	
	年金額	円	
⑯資格喪失者及び任意継続被保険者の方	老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか　□ はい　□ 請求中　□ いいえ		
	「はい」又は「請求中」の場合は公的年金の制度名と金額を記入してください。		
	年金制度名　年金	年額　円	

令和　年　月　日提出

受付日付印

振込先（1か2に○）	1. 被保険者（請求者）名義の口座に振り込み			
	2 受領代理人の口座に振り込み（委任払い）　※下記の委任者と受任者を必ず記入			
	被保険者（委任者）　氏名			
	受領代理人（受任者）　住所 〒　－			
	氏名			
振込口座	預金種別 金融機関名	普通・当座・貯蓄 その他（　）	銀行・信金 信組・農協	本店 支店
				支店番号（　）
	口座番号		口座名義	カタカナ

事業主が証明するところ

労務に服すことができなかった期間　令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで　日間

出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示してください。

		出勤	有給
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 計	日	日
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 計	日	日

労務に服することができなかった期間に賃金を支給しました（します）か。「はい」の場合、支給した（する）賃金を下欄に記入してください。　□ はい　□ いいえ

支給した（する）賃金	基本単価	月　日～月　日分 支給額	月　日～月　日分 支給額	月　日～月　日分 支給額
基本給				
役付手当				
家族手当				
住宅手当				
通勤手当				
計				

賃金計算　締日　日　支払日　当月 翌月　日

欠勤控除の計算式

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話　－　－

（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ものであるときは、とくに議事録・源泉納付書、全員の給与明細をご提示下さい。

療養を担当した医師が意見を書くところ

傷病名	(1) (2)	療養の給付開始年月日	(1) 平・令　年　月　日 (2) 平・令　年　月　日
発病または負傷の原因			(1)と(2)の傷病に関連性 有・無
発病または負傷の年月日	平成・令和　年　月　日　発病・負傷		
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	左の期間中の診療実日数	日間
診療日を○で囲んで下さい	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		
	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		
労務不能と認めた期間のうち入院した期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間入院		

労務不能と認めた期間における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果」等、詳しく

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（診療実日数が0日の場合は労務不能と認められた詳細をお願いします）

（今後いつ頃に職場復帰が見込めますか？　令和　年　月　日頃）

人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき	人工透析を実施又は人工臓器を装着した日	昭・平・令　年　月　日
	人工臓器等の種類	ア、人工透析　イ、人工関節　ウ、人工骨頭　エ、人工肛門 オ、心臓ペースメーカー　カ、その他（　）
障害年金該当	**有**（病名　平成・令和　年　月　日より）・**無**	

上記のとおり相違ありません。　医療機関所在地

令和　年　月　日　医療機関の名称

医師の氏名

電話番号　（　）

（担当医師）

1 労務不能と認めた期間が経過した後に証明して下さい。
2 労務不能と認めた期間は、治療期間ではなく療養のため就労できなかったと認められる期間を記入して下さい。
3 複数の傷病名がある場合は、傷病名欄の（1）に主たる傷病名を記入して下さい。