

- ・請求書はA4版2枚となりますので、離れないようにご注意ください。両面印刷は不要です。
- ・漏れなく記入してください。自署でない場合は押印が必要となります。

| 1 | | 2 | | 健康保険 傷病手当金・付加金請求書 | | | | | | | | | | 被保険者 (申請者) 記入用 | | | | | | |
|---|--|--|---|-------------------|---|------------|-------------------|----|---|------|---------------------------|--------------------------------------|------|------------------|---|----------|------------|---|---|---|
| 被 保 険 者 (請 求 者) が 記 入 す る と こ ろ | 被保険者証の 記号 | 2 | 3 | 1 | 2 | 番号 | 1 | 0 | 0 | 0 | 被保険者の氏名 (請求者) と生年月日 | 健康 太郎 | | 昭和 41 年 7 月 24 日 | | | | | | |
| | 被保険者の住所 及び電話番号 | 〒 231 - 0000 | | | | | 電話 045 (xxx) xxxx | | | | | 横浜市中区長者町〇〇-〇〇 〇〇ハイッ〇〇号室 | | | | | | | | |
| | 被保険者の勤務する (していた) 事業所名 | 医療法人〇〇会 〇〇病院 | | | | | 被保険者の職種 | | | | | 事務職 | | | | | | | | |
| | 傷病名 | 虫垂炎 | | | | | 発病又は負傷の 療養開始日 | | | | | 平成 令和 2 年 12 月 10 日 | | | | | | | | |
| | 発病または 負傷の原因を 詳しく記載してください | 早朝、腹痛がひどく病院を受診したところ虫垂炎と判明し入院した | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 療養のため休んだ期間 (請求期間) | 平成 2 年 12 月 10 日 から 令和 2 年 12 月 20 日 まで | | | | | 11 日間 | | | | | 左記の期間に報酬を 受けましたか、または 今後受けられますか | | | | | 受けた・受けていない | | | |
| | 報酬の支払「受けた(今後受ける)」ときは、 その報酬の額と、その期間 | 令和2年12月1日から令和2年12月31日まで | | | | | 21,000 円 | | | | | | | | | | | | | |
| | 資格喪失者及び 任意継続者の方 | 基礎年金番号・年金コード | | | | | 年金額 | | | | | 年 額 円 | | | | | | | | |
| | 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか | はい (障害厚生年金・障害手当金) | | | | | 請求中 | | | | | いいえ | | | | | | | | |
| | 「はい」または「請求中」のときは、要因となった(なる)傷病名 | 傷病名 : | | | | | 基礎年金番号・年金コード | | | | | | | | | | | | | |
| | 今回の請求は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか | はい | | | | | 労災請求中 | | | | | いいえ | | | | | | | | |
| | 「はい」又は「労災請求中」のときは、支給元(請求先)の労基署を記載してください | 労働基準監督署 | | | | | 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 | | | | | | | | |
| 備考欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は「備考欄」に記載してください。(マイナンバーを記載した場合、個人番号確認と本人確認をするための添付書類が必要となります。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 金 振 込 機 関 | 金融機関コード | 1 | 2 | 3 | 4 | 本店番号 | 5 | 6 | 7 | 預金種別 | 普通・当座 | | 口座番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | 健康 | 銀行 | | 金庫 | | 組合 | | 区内 | | 本店 | | 支店 | | 口座名義人 (カタカナ) | | ケンコウ タロウ | | | | |
| 受 取 代 理 人 欄 | 当請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 ※委任をしない場合はこの欄の記入は不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 (請求者) の氏名と印 | 令和 2 年 12 月 21 日 | | | | | 代理人住所 | | | | | 横浜市中区長者町〇〇-〇〇 〇〇ハイッ〇〇号室 | | | | | | | | | |
| | 健康 太郎 | | | | | 代理人氏名と印 | | | | | 健康 花子 | | | | | | | | | |
| | | | | | | 代理人連絡先 電 話 | | | | | 045 (999) 0000 | | | | | | | | | |
| | 神奈川県医療従事者健康保険組合 H29.1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- 被保険者(被保険者死亡の際は請求者)氏名をご記入ください。
- 被保険者(被保険者死亡の際は請求者)のご住所をご記入ください。
- 発病した日、ケガをした日をご記入ください。
- 原因が判らない場合は、発病から療養に至った状況などをご記入ください。
- 負傷の原因が「骨折」など外傷等によるものであるときは、「負傷原因届」を添付してください。
- 「はい」の場合は年金額の判る書類を添付してください。(資格喪失後に請求される方のみの項目です)
- 「はい」の場合は年金額の判る書類を添付してください。(今回請求する傷病手当金と同一の疾病等により受給されている方)
- 従来どおり被保険者記号・番号をご記入いただいた場合は、マイナンバーの記入は不要です。
- 通帳を確認のうえ、正確にご記入ください。
- ゆうちょ銀行を指定する場合は、振込み用の「店番」と、「口座番号」をご記入ください。
- それぞれ別の印を使用してください。

・被保険者以外の口座を指定する場合は、委任が必要です。

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|-------------------------|--|--|--|--|--|
| 受 取 代 理 人 欄 | 当請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 ※委任をしない場合はこの欄の記入は不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 (請求者) の氏名と印 | 令和 2 年 12 月 21 日 | | | | | 代理人住所 | | | | | 横浜市中区長者町〇〇-〇〇 〇〇ハイッ〇〇号室 | | | | | |
| | 健康 太郎 | | | | | 代理人氏名と印 | | | | | 健康 花子 | | | | | |
| | | | | | | 代理人連絡先 電 話 | | | | | 045 (999) 0000 | | | | | |

