

| | | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|--|------------------------------------|---|---------------------------------|--|------------|------------------------------|
| PTRID 123〇△□ | | 健康保険 傷病手当金請求書 | | | | (第 1 回目) | | |
| ◎記入方法は記入例をご覧ください。 ◎適正な給付決定処理を行う為に別途必要書類を依頼する場合があります。 | ① 被保険者証の記号と番号 | 記号 | 1 | | フリガナ | ケンポ ハナコ | | ③ 被保険者の生年月日 昭平 60年 5月 10日 |
| | | 番号 | 456〇△ | | 被保険者名 | 健保 花子 | | |
| | ④ 被保険者の住所 | 郵便番号 | 141 - 〇△□▽ | | 電話 | 090 (1234) * * * * | | |
| | | フリガナ | トウキョウトシナガワク〇△マチ7-8-9 □▽マンション 654ゴウ | | | | | |
| | ⑤ 事業所の名称 | | スターバックスコーヒージャパン株式会社 | | | ⑥ 所属店舗・部署 | 新目黒本店 | |
| | ⑦ 傷病名 | 肺炎 | | | | ⑧ 発病または負傷の年月日 | R3年 4月 30日 | |
| | ⑨ 発病の状態または負傷の原因を詳しく | 咳が止まらず発熱もあったため通院したところ、肺炎と診断され入院。退院後も体力が戻らず安静が必要だった。 | | | | | | |
| | ⑩ 療養のために休んだ期間(請求期間) | 令和 3年 5月 1日 から 令和 3年 5月 31日 まで | | | 31 日間 | ⑪ 第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ (業務外・業務上) | | |
| | ⑫ うえの⑩に書いた期間の報酬を受けましたか。また今後受けられますか。 | <input checked="" type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 今後受けられる <input type="checkbox"/> 受けられない | | ⑬ 報酬の支払いを受けた(受ける)ときはその報酬の額と、報酬支払の基礎となった期間 | | 令和 3年 5月 1日から 令和 3年 5月 3日の分として 〇〇〇〇〇円 | | |
| | ⑭ 障害年金、障害手当金の受給の有無(有・無・請求中) | 年金等の種類 | 年金 手当金 | 金額 | 円/月 | 支給事由となった傷病名 | | |
| ⑮ 入院した期間があるとき | 病院名 | 新目黒東急病院 | | 病院の所在地 | 〒141-0021 品川区上大崎〇-〇-〇 | | | |
| | 健康保険で入院しましたか | <input type="radio"/> ○ <input checked="" type="radio"/> × | | 入院期間 | 3年 5月 1日から 3年 5月 20日まで 20 日間 | | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------|---------|-------|---|---|---|---|---|---|
| 給付金の受け取り方法に関する欄 | 支払先及び支払方法 | ⑯ 支払先 | 本人口座 | | | | | | |
| | | ⑰ 支払方法 | 銀行振込 | | | | | | |
| | 振込先金融機関 | 金融機関名 | SBJ銀行 | | | | | | |
| | | 支店名 | 目黒支店 | | | | | | |
| | 口座番号 | 普通 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 口座名義 ※保険証名と同じ本人の口座 | フリガナ | ケンポ ハナコ | | | | | | | |
| | 口座名義 | 健保 花子 | | | | | | | |

令和 3年 6月 15日 提出

健保組合受付印

スターバックスコーヒージャパン健康保険組合

| | |
|-----|--|
| 備考欄 | |
|-----|--|

【重要】必ずA4用紙に1枚ずつ印刷してください。両面印刷は認めません。

| | | |
|---------------|---|----------------------------|
| ⑳ 労務に服さなかった期間 | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで | 日間 |
| ㉑ 上期間の内訳 | 出勤は出、欠勤は○、有給は△、公休は／ でそれぞれ表示してください。 | 出勤 欠勤 有給 公休 計 日 日 日 日 日 |
| 主 | 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 | |
| が | !! 注意 !! | |
| 記 | <u>こちらには何も記入せずに提出してください。</u> | |
| 入 | | 円 |
| す | | 円 |
| る | ②④ 現在までもまた将来も支給しない場合はその旨 | |
| と | うえのとおり相違ないことを証明します。 | 年 月 日 |
| こ | ②⑤ 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号 | - - |

| | |
|---------------------|--|
| ②⑥ 傷病名 | |
| ②⑦ 発病または負傷の原因 | |
| ②⑧ 発病または | 療養の給付を |
| ③① | ※入院・外来を担当した医師に記入を依頼してください。 |
| ③② | ※1枚目に記入した請求期間と同じ期間の証明を依頼してください。 |
| ③③ 八既した期間がある場合はその期間 | 令和 年 月 日 まで 費用の別 日費 公費 |
| ろ | うえのとおり相違ありません。 |
| | ③⑤ 住所 病院名 医師名 電話番号 |