

傷病手当金・傷病手当金付加金 第 回 請求書

事業主へ令和 年 月 日提出

<事業所名>

マネージャー	担当者
--------	-----

被保険者(申請者)

医師・医療機関の証明

ENEOSグループ健康保険組合

私(申請者)は、給付業務に必要な個人情報をENEOSグループ健康保険組合が使用することについて、この届出により承諾いたします。
 なお、当健保組合のホームページに個人情報の管理方法等の詳細が揭示されています。

被保険者記号	⑦	番号	会社名(出向元)	⑧
被保険者氏名	① (フリガナ) 本請求に基づく給付金の受領を事業主に委任します。(任継を除く)		事業所・所属	⑨
生年月日	② 昭和・平成 年 月 日			
被保険者住所	③ 〒 - 電話番号 () -			
傷病名	④	発病または負傷年月日	⑤ 平成・令和 年 月 日	
発病・負傷の原因	⑥			
第三者の行為による傷害	⑩ はい・いいえ	「はい」の場合、健保へ連絡の有無	⑪ 届出提出済・連絡済・未連絡	
療養のため休んだ期間(申請期間)	期間	⑫ 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
	うち入院	⑬ 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
障害厚生(障害基礎)年金又は障害手当金を受給していますか 上記の受給原因となった傷病名、年金額	⑭ はい・いいえ		⑮ 手続き中	
	傷病名		年金額 円	
老齢厚生年金等公的年金を受給していますか(退職者のみ) 上記の年金額	⑯ はい・いいえ		⑰ 手続き中	
	年金額		円	
※障害厚生年金・障害基礎年金・老齢厚生年金等を受給している場合は年金額等のわかる「裁定通知書」「年金額改定通知書」等を添付願います。				
労災保険から休業補償給付を受けていますか 上記の支給元または請求先の労働基準監督署名	⑱ はい・いいえ		⑲ 労災申請中 労働基準監督署	

事業主証明欄	労務に服さなかった期間	出勤状況は下のカレンダー欄に記載するか、出勤表の写しを添付願います。														出勤	有給																			
	⑳ 令和 年 月 日から	㉑ 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
	令和 年 月 日まで	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
	日間	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
(表示方法) 出勤=○ 有給=△ 公休=公 欠勤=／					給与の種類		給与計算																													
上記期間中に報酬※がありますか					㉒ あり・なし		㉓ 月給・日給		締日		㉔ 日																									
報酬※がある場合は、報酬の名称・支給対象期間・報酬の金額を記入してください。					㉕ 月給・日給		その他()		支払日		当月・翌月 日																									
報酬内訳	報酬の名称	支給対象期間		報酬の金額		欠勤控除計算方法について記入																														
	㉖	㉗ 年 月 日～ 年 月 日 日分		㉘ 円		(備考欄) ㉙																														
		年 月 日～ 年 月 日 日分		円																																
		年 月 日～ 年 月 日 日分		円																																
	現物給与()	年 月 日～ 年 月 日 日分		円																																

※報酬・・・給与、通勤手当、家族手当、住宅手当、財形奨励金等、現物給与である通勤定期券・食事・社宅などの労働者が労働の対償として得るもの全て
 上記のとおり相違ないことを証明します。 ㉚

事業所名 令和 年 月 日

事業主名

受付日付印

※内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正した方の氏名を記入願います。

