

傷病手当金・傷病手当金付加金 第 1 回 請求書

事業主へ令和〇〇年〇〇月〇〇日提出

被保険者(申請者)

①↓ ②↑

医師・医療機関の証明

<事業所名>

〇〇〇〇株式会社

マネージャー

健保一郎

担当者

健保二郎

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掲示されています。

被保険者記号	⑦ 1234	番号	1234567	会社名(出向元)	⑮ 〇〇〇〇株式会社
被保険者氏名	① (フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎			事業所・所属	⑯ 本社 〇〇部〇〇グループ
生年月日	⑧ 昭和・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日				
被保険者住所	⑫ 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇1-1				
傷病名	⑭ 鎖骨骨折		発病または負傷年月日	⑧ 平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
発病・負傷の原因	⑰ 5月10日帰宅後、私用で買い物に外出した際、道路で転倒し左肩を強打した。				
第三者の行為による傷害	⑱ はい・いいえ		「はい」の場合、健保へ連絡の有無	⑲ 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	令和 元年 5月 11日から 令和 元年 5月 20日まで 10日間			
※土・日・祝日を含む	うち入院	令和 元年 5月 11日から 令和 元年 5月 15日まで 5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	⑳ はい・いいえ		手続き中		
上記の受給原因となった傷病名、年金額	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)	㉑ はい・いいえ		手続き中		
上記の年金額	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	㉒ はい・いいえ		労災申請中		
上記の支給元または請求先の労働基準監督署名	労働基準監督署				

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																				
令和 年 月 日から	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
※土・日・祝日を含む	(表示方法) 出勤=○ 有給=△ 公休=公 欠勤=／																																			
上記期間中に報酬※がありますか	㉓ あり・なし														給与の種類	給与計算																				
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。	その他()														月給・日給	締日	日																			
報酬の名称	支給対象期間														報酬の金額	欠控除計算方法について記入																				
⑳	㉔ 年 月 日~ 年 月 日 日分														円	(備考欄) ㉕																				
	年 月 日~ 年 月 日 日分														円																					
	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。㉖

事業所名

令和 年 月 日

受付日付印

事業主名

※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。

医師証明欄	患者氏名	㉑									
	傷病名	㉒									
	発病または負傷の年月日	平成・令和		年	月	日					
	診療開始年月日(初診日)	平成・令和		年	月	日					
	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	
	上記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	
	労務不能期間中の診療日数	㉓									日間
	発病または負傷の原因	㉔									
傷病の主症状及び経過の詳細、 労務不能と認める医学的所見		㉕									
上記のとおり相違ないことを証明します。㉖											
医療機関の所在地		令和 年 月 日									
医療機関の名称											
医師の氏名											
電話番号											
※内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と医師の氏名を記入願います。											

(健保組合使用欄)
