

被保険者への注意事項

1 傷病が第三者に行方によるものであるときは、別に「第三者の行為による傷病届」をこの請求書に添付して下さい。
2 傷病手当金の対象傷病による障害厚生年金・障害手当金、又は退職による老齢年金を受給している場合は証書・決定通知書・振込通知書の写しを添付して下さい。
3 健康保険法に基づき傷病手当金の支給決定を行うにあたり、健康保険組合が必要に応じ医療機関等に対して照会を行う場合があります。
4 ※印の欄には、記入しないで下さい。

Table with 3 columns: 常務理事, 事務長, 担当者

Table with 4 columns: 取得年月日, 資格, 年 月 日, 支 給 額

健康保険 傷病手当金請求書

Main form for health insurance sick leave payment request, including fields for submission date, affiliation, insured person details, medical condition, and payment information.

備考欄 (Remarks) section for additional information.

※-----、
受付日付印

※被保険者等の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記入は不要です。

【事業主への注意事項】

5 第一回目請求時は⑩には休み始めた日(に)から請求月最終日までを記入して下さい。
6 請求月で一部年間で給与が支給されている場合は、⑩に記入して下さい。
7 被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは、事業主の証明を要しません。
8 ご記入いただいた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証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

Form for employer's statement and medical opinion, including sections for work absence, medical treatment, and physician's opinion.

【医師への注意事項】

9 ⑤の欄は、初診日を記載するのではなく、その傷病について健康保険による療養を始めた日を記載して下さい。
10 ⑥の欄は、なるべく詳しく記載して下さい。特に、手術した場合は手術の名称と手術の年月日、また結核性疾患については、検察成績、安静度、赤沈値、理学所見なども記載して下さい。
11 ご記入いただいた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証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

【共通する注意事項】

12 期間の計算は、最初と最後の日を入れて間違いなく計算して下さい。例えば、6月13日から6月19日までは、7日間となります。
13 本人及び事業主、医師記載欄の押印はいりません。

【任意継続被保険者及び資格喪失(退職)者への注意事項】

14 1ヶ月ごとに請求してください
15 <資格喪失(退職)者の場合>現在加入の健康保険証(写)を毎回添付してください。

※ この請求書は必ず、事業所担当部署を経由して、健康保険組合へ提出して下さい。毎月20日締切、翌月給与で給付します。(任意継続被保険者又は資格喪失者の場合は、健康保険組合へ直接提出して下さい。)