

健保記入欄

支給決定伺

支給決定 令和 年 月 日

円 庶務理事 事務長 係 係 係

支給決定

支給期

標準報酬

算出基

調

備

(1) 被保険者記入欄について
ご自身にて「被保険者記入欄」をご記入ください。
・被保険者等記号番号は当組合の記号番号を記入してください。退職等で加入先が変更となる場合は当組合のご自身の記号番号を控えておいてください。
・報酬を受けていて報酬の額が不明な場合は空欄でかまいません。
・障害年金等の公的年金を受給している場合は年金額がわかる書類を添付してください。

傷病手当金請求書〔第 回〕

(1)被保険者記入欄

被保険者等
記号番号

3 1 1

—

1 0 0 0 0

事業所の
名称

〇〇〇株式会社

☐ 任意継続
☐ 喪失後請求

資格取得
年月日

昭・平・令 3 年 4 月 1 日

資格喪失
年月日

令和 年 月 日

傷病名

脳梗塞

発病又は負傷
の年月日

令和 4 年 6 月 1 日頃

☐ 不詳

発病又は負傷
の原因

■ 不詳

療養のため
休んだ期間

令和 4 年 6 月 1 日から
令和 4 年 6 月 3 0 日まで

3 0 日間

左記の期間に
報酬を

受けた ・ 受けない

報酬を受けた
場合その期間

令和 4 年 6 月 1 日から
令和 4 年 6 月 3 日まで

3 日間

報酬の額

6 0 , 0 0 0 円

労災保険から休業補償給付を受けていますか。または過去に受けたことがありますか。
☐ 受けている又は受けることができる ☐ 請求中（以上を選択した方は下欄にご記入ください。） ☒ 受けていないし、受けることもできない
支給元（請求先）の労働基準監督署をご記入ください。（ 労働基準監督署）

障害年金又は障害手当金、老齢年金、その他退職を事由とする公的年金を受けているか、受けることができる状況にありますか。
☐ 受けている又は受けることができる ☐ 請求中（以上を選択した方は下欄にご記入ください。） ☒ 受けていないし、受けることもできない

障害年金又は障害
手当金を
受けているとき又
は受けることが
できるとき

年金の種類

障害年金
障害手当金

年金額

円

年金証書の
受給番号

受給の原因と
なった傷病名

年金を受けること
となった年月日

年 月 日

老齢年金・
退職事由
による受
けと公的
年金を
受ける
ことができ
るとき

受給の状況

請求中 ・ 受給中

老齢（退職）年金の
名称

基礎年金番号・年金コード
等

受給年月日

年金額

円

円

上記の通り請求します。
三井物産健康保険組合 理事長 殿 令和 年 月 日

被保険者

被保険者の住所

東京都●●区▲▲町 1-2-3

氏名（フリガナ）

健保 太郎(ケンボ タロウ)

日中連絡の取れる電話番号

03-〇〇〇〇-××××

委任状（退職後の任
意継続の方・資格喪失
後の請求のときには記
入を要しません。）

法定給付の受領を 在籍している事業所 に委任いたします。

被保険者 健保 太郎

※上段にお勤めの事業所名（会社名）、下段に被保険者名をご記入ください。

振込先（資格喪失後
の請求のときのみ必ず
ご記入ください。）

金

振込先は事業所へ在籍中の方、任意継続ご加入の方は記入不要です。
国民健康保険等の当組合以外の健康保険等へ加入している方のみご記入ください。

名義（漢字）

名義（フリガナ）

(3)事業主の証明欄

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

出勤は〇で、有給

給 日

年 月

8 29 30 31

年 月

8 29 30 31

年 月

8 29 30 31

上記期間中の
分として

・被保険者等記号「311」の方
→三井物産人事サポートセンター

・被保険者等記号「323」以降の方
→お勤めの事業所担当者

・被保険者等記号「911」以降の方及び退職後請求の方
→ご用意いただく書類がございますので提出前に当組合までご連絡ください。

上記のとおり

事業

氏名

(2)療養を担当した医師の意見

傷病名

傷病又は
負傷の原因

発病又は負傷
の年月日

平・令 年 月 日

療養の給付
開始年月日

平・令 年 月 日

労務不能と
認めた期間

令和 年 月 日

令和 年 月 日

傷病の主症状
及び経過概要

上記の通り

令和 年 月 日

医療機関の名称・所在地

医師の氏名

(2)医師の意見欄について
(1)「被保険者記入欄」の記入が終わりましたら、医療機関より(2)「医師の意見欄」
の証明を受けてください。
なお、医師の証明日は労務不能と認めた期間の最終日以降の日付を記入してもらってください。未来の期間に対する証明は無効となりますのでご注意ください。

- * 太枠内にご記入いただき、各種証明を受けてください。
- * この様式は被保険者が傷病の為に会社の勤務を休み、休んだ期間の報酬等の支払を減額又は受けられない場合に請求するものです。
- * この請求をするときは「療養を担当した医師の意見」の証明を受け、次に事業主の証明を受けて、組合に提出してください。
- * 傷病手当金は給与に代わって支給するものですので、請求は月単位又は給与の〆日単位で行ってください。
- * 事業所の担当の方は、提出の際に賃金台帳の写と出勤簿の写を添付してください。
- * 上記の賃金台帳の写には賃金の〆日と支払日を記載してください。
- * 公的年金の受給者は年金額がわかる書類の写を添付してください。

受 付 印