住友重機械健康保険組合 理事長 殿

被保険者 → 事業所健保担当者 → 健保

傷病手当金・延長傷病手当付加金 請求書

第　　回目

健保使用欄	受付年月日
受付 令和　年　月分	
支払年月日 令和　年　月　日	
前回　年　月　日 支給　年　月　日	

傷病手当金は給与に代わるものですので、**1ヶ月ごとに請求してください。**
月末最終稼働日までに健保に到着した請求書(原本)について、原則翌月に支給します。
書類に不備がある場合は、翌月に支給できない場合があります。
在職中の方は会社を経由してのご提出になりますので、すみやかにご提出ください。
初回の請求書を提出される方の添付書類
・同意書　　・取得接近調査書（入社から1年未満で請求される方のみ）

※訂正する場合は二重線で抹消し、訂正印を押してください。

被保険者記入欄

被保険者等記号・番号	記号	番号	氏名	
生年月日	□ 昭和 □ 平成　年　月　日		被保険者住所	〒
事業所名			業務種別や業務内容	具体的に記入
発病または負傷年月日	□ 平成 □ 令和　年　月　日		傷病名	
発病または負傷の原因			療養の為休んだ期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間

確認事項		
①	第三者行為（交通事故等）により負傷したものですか。	□ はい　□ いいえ
②	労災保険の休業補償給付を受けている期間の請求ですか。 ※「はい」または「請求中」と答えた場合は 支給元（請求先）の労働基準監督署をご記入ください。	□ はい　□ 請求中　□ いいえ → 労働基準監督署
③	障害年金、または障害手当金、 〔資格を喪失している方のみ〕老齢年金を受給していますか。 **「はい」または「請求中」の場合は下記1～5をご記入ください。**	□ はい　□ 請求中　□ いいえ
③-1	年金種別 ※「年金証書」・「年金決定通知書」・「年金額改定通知書」等 写しを添付してください。	□ 障害厚生年金　□ 障害基礎年金 □ 障害手当金 □ 老齢厚生年金　□ 老齢基礎年金
③-2	障害厚生年金 障害手当金 ］を受給の方は、受給の原因となった傷病名	
③-3	基礎年金番号	③-4 受給開始日　□ 平成 □ 令和　年　月　日
③-5	年金額(年間)　円	※健保使用欄

※④と⑤は、事業所(会社)を退職した方のみご記入ください。任意継続の方は加入時に届出の口座になりますので⑤の記入は不要です。

④	雇用保険(失業保険)を受給していますか。 ※下記の書類も毎回一緒に提出してください。 ・離職票(写)または雇用保険受給延長通知書(写) ・療養状況等証明書	□ はい □ 受給延長手続き済(または手続き中) □ 未手続(手続予定) □ いいえ

⑤ 振込口座	□ 銀行　□ 農協 □ 金庫　□ その他		□ 本店　□ 出張所 □ 支店	普通預金
	口座番号		口座名義 ※カタカナで記入	

委任状

私は下記の事業主を代理人と定め、当該給付金の受領方を委任します。
※事業所(会社)に在籍されている方のみご記入ください。事業所(会社)を退職されている方は記入不要。

被保険者(申請者)	氏　名(自署)	提出日　令和　年　月　日 ※自署できない場合は捺印が必要です。
代理人(事業主)	所在地 名　称 氏　名	

事業主証明欄

被保険者氏名		給与の種類	☐ 月給制 ☐ 時間給制 ☐ 日給制 ☐ その他	事業所コード	
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				

勤怠状況		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
出勤：○ 有給休暇：△ 公休：公 欠勤：／	年 月																															
	年 月																															

休業期間後の状況	☐ 引き続き欠勤　☐ 月　日から慣らし勤務 ☐ 月　日から出勤　☐ 月　日付退職		
期間中、出勤・有休以外に賃金の全部または一部を支給したとき	令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで　日分	左の期間の支給金額	円

上記のとおり相違ないことを証明します。　証明日　令和　年　月　日

所　在　地

事業主　名　称

氏　名

医師意見記入欄

患者氏名		傷病名	
発病または負傷年月日	年　月　日	発病または負傷の原因	
療養の給付開始年月日	年　月　日	転帰	☐ 治癒　☐ 中止 ☐ 繰越　☐ 転医
労務不能と認めた期間	年　月　日から　年　月　日まで　日間	期間中の診療実日数	
上記期間中の入院期間	年　月　日から　年　月　日まで　日間		日間
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析の実施日または人工臓器を装着した日　年　月　日		
人工臓器等の種類	☐ 人工透析　☐ 人工肛門　☐ 人工関節 ☐ 心臓ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ　☐ 人工骨頭　☐ その他(　)		

上記期間中における「傷病の主たる症状および経過」、「治療内容、検査結果、療養指導」等
また、症状経過からみて従来の職種について労務不能と認めた理由を詳しくご記入ください。

上記のとおり相違ないことを証明します。　証明日　年　月　日

※労務不能と認めた期間以降に証明をしてください。

所　在　地

医療機関　名　称

医師の氏名

電話　－　－

※所在地名称はゴム印を使用してください。**ゴム印がない場合は必ず医師の押印が必要**です。