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	住重　健太			
生年月日	☑ 昭和 ☐ 平成　×× 年 ×× 月 ×× 日	被保険者住所	〒 141-×××× 東京都品川区大崎×ー×ー×		
事業所名	株式会社　○○○○	業務種別や業務内容	具体的に記入　製造／機械器具製造		
発病または負傷年月日	☐ 平成 ☑ 令和　6 年 1 月 ○○ 日	傷病名	左大腿骨骨折		
発病または負傷の原因	バイクを運転中、単独で転倒した際に骨折	療養の為休んだ期間	令和 6 年 1 月 ○○ 日から 令和 6 年 1 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 ××××ー×××××	③-4 受給開始日 ☑ 平成 ☐ 令和　×× 年 ×× 月 ×× 日
③-5	年金額(年間) 720,000 円	※健保使用欄

③にて「はい」を選択した方のみご記入ください。

※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	1234567	口座名義 ※カタカナで記入　スミジユウ　ケンタ

事業所（会社）を退職した方のみご記入ください。療養状況等証明書をご記入いただき、離職票等と併せてご提出ください。また委任状欄は記入不要です。

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)	住重　健太　住重　提出日 令和 6 年 2 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	この欄は会社が押印します。

事業主証明欄

被保険者氏名	住重　健太	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　6　年　1　月　〇〇　日から　令和　6　年　1　月　××　日まで　＃＃　日間				

勤怠状況																															
出勤：〇 有給休暇：△ 公休：公 欠勤：／	6 年 1 月	公	公	公	公	⑤	公	公	⑧	⑨	⑩	△	／	公	公	／	／	／	／	公	公	／	／	／	／	公	公	／	／	31	
	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

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　6　年　1　月　××　日から　令和　6　年　1　月　〇〇　日まで　＃＃　日分	左の期間の支給金額	85,000　円

上記のとおり相違ないことを証明します。　　証明日　令和　6　年　2　月　××　日

所　在　地

事業主　名　　称

氏　　名

申請内容に相違がないことをご確認のうえ、
事業所印を押してください。

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　☐ 人工膀胱		)
上記期間中における「傷病 また、症状経過からみて従			

医師に記入を依頼してください。

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。