

被 保 険 者 の 記 入 欄	記号	番号	氏名	事業所・職場の名称	職場(TEL)	
	160	1234567	健保 太郎	ファスニング事業本部・〇〇	0765-54-〇〇〇〇 内線 77-〇〇〇〇	
	傷病名	脳梗塞		発病または 負傷年月日	平成 23年 7月 10日 20時頃	
	発病または 負傷の原因	(わかる範囲で記入してください) 以前より血圧が高く、糖尿病を患っていたのが原因かわからないが 自宅で入浴中に倒れた。		第三者行為による 負傷ですか?	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい	
				業務上による 負傷ですか?	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい	
				通勤途上による 負傷ですか?	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい	
	休んだ期間 の療養状況	(症状の経過・療養状況等を詳しく記入してください) 後遺症がなく症状も軽く順調に経過していたが安静のため退院後も自宅療養中であった。				
	(※1) 労務に服することができず 休んだ期間	平成 23年 7月 11日 ~ 平成 23年 7月 31日 (21日間)				
	(※2) 障害基礎(厚生)年金 障害手当金 老齢基礎(厚生)年金 受給状況について	受給状況	<input checked="" type="checkbox"/> 該当(受給している) <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 不該当			
		年金の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 障害基礎(厚生)年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 老齢基礎(厚生)年金			
	障害基礎(厚生)年金・障害手当金受給の原因	(傷病名: 腎臓機能障害、慢性腎不全)				
(※3) 出産予定はありますか?	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (平成 年 月 日 出産予定日)					
上記のとおり請求いたします。 〒 938 - 〇〇〇〇 TEL (0765) 54 - 〇〇〇〇 平成 23年 8月 8日 請求者 住所 富山県黒部市〇〇 1234番地 YKK健康保険組合 理事長 殿 氏名 健保 太郎						



【被保険者の注意事項】

- (※1) 有給休暇期間及び実力等級M1/P1以上の社員の欠勤による給料支給期間も含めて記入してください。
- (※2) 障害・老齢年金等に該当する場合は、年金証書と直近の年金額を証明する書類(年金振込通知書)写しを添付してください。
- (※3) 出産手当金支給に該当する場合は、出産手当金が優先されます。出産予定日を記入してください。
- 傷病手当金・様式(2頁/2頁)に医師の意見欄を記入してもらい、様式(1頁/2頁)とあわせて提出してください。
- 傷病手当金は毎月1回の支給になります。まとめて請求せずに1ヶ月ごとに請求してください。
- 必要事項にご記入がない場合は、傷病手当金請求書をご返却することがありますのであらかじめご了承ください。
- ご記入いただいた個人情報、傷病手当金等の振込みにのみ利用させていただきます。

事 業 主 の 証 明 欄	(A) 労務に服さなかった期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (日間)				
	(B) 報酬の 支給状況	<input type="checkbox"/> 全部 支給した	(A)の期間に1日当たりの報酬の全部(有給休暇含む)を支給した場合、その期間を記入してください。 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (日分)			
		<input type="checkbox"/> 一部 支給した	(A) 日 (日分) 円支給)			
		<input type="checkbox"/> 支給なし	(A) 月 日分まで支給			
	実力等級	マ				
	備考欄	上記のとおり相違ないことを証 事業主 事業所 平成 年 月 日 T E L 印				

事業主記入欄

**被保険者は医師より
「医師の意見欄」を
記入してもらってから
事業主へ提出してください。**

【事業主の注意事項】

- (A) は、被保険者の休んだ期間と医師の労務不能と認めた期間が重複している期間を記入してください。
- (B) は、(A) 期間中の報酬の支給状況を記入してください。(複数期間ある場合は支給状況が確認できる書類を添付)
- 第1回目の申請の場合は、勤怠状況が確認できる書類を添付してください。(勤怠計算書可)
- 任意継続被保険者又は被保険者資格喪失後の期間は事業主の証明は必要ありません。

本人(記入例)

