

請求(記入)欄の太ワク内は必ず本人で記入し、医師、歯科医師の意見欄に記入証明印をもらってから事業主に提出して下さい。(継続給付の方は、2回目以降は事業主の証明欄不要)

受付日 年 月 日

(第 1 回)

傷病手当金・付加金請求書

(保存10年)

被保険者証 記号 番号 会社名 東洋アルミニウム株式会社 業務種別 営業 事務 管理 技術
八尾製造所
発病又は負傷の年月日 令和 6 年 12 月 5 日 傷病名
労務に服することができなかった期間(初回申請の場合は3日間が待機期間)
入院・通院 入院の名称 病院
大阪府八尾市陽光園

1.【全員】下記内容の確認と同意の上、自署をお願いします
(1)傷病手当金と同一疾病での障害年金や老齢年金を受給する場合
(2)労災保険の休業給付等と同一疾病で労務不能の場合
(3)第三者行為(交通事故・ケンカ等)による傷病ですか
(4)傷病手当金の支給決定のため当組合が必要とする事項を
(5)東洋アルミ健保加入(資格取得)から1年未満ですか

支払方法 番号選択 2 1. 現金 2. 振込先(下記に記入) 3. 事業主に(仮)支払
トウヨウ タロウ 東洋 太郎

医師の意見欄 傷病名 発病又は負傷の原因
発病又は負傷の年月日 療養の給付を開始した年月日
労務不能と認めた期間 自 至 年 月 日 日間 診療実日数 日間
傷病の主症状及び経過概要 記載のとおり相違ありません。
住所 医療機関名 医師名

事業主証明欄 労務に服さなかった期間 自 至 年 月 日 日間
上記期間中に支払う報酬関係 全部 ・ 一部 ・ 不支給
事業主(人事)の方が記入の上、健保組合に提出してください(捺印省略)

組合処理欄 傷病手当金支給開始 年 月 日 被扶養者 無・有
支給期間 年 月 日 ~ 年 月 日 日間 標準報酬 千円 日額 円
【計算基礎】 標準報酬日額 支給率 日数 上段)事業主より受けた報酬額 下段)①傷病手当金の額(減額前)
① ¥ × 2/3 × - ¥ = ¥
② ¥ × 80% × - ¥ = ¥
支出費目 ① 03 01 07 決済 ①+②
② 03 02 06 令和 年 月 日