

健康保険 傷病手当金・傷病手当付加金 請求書 (第 2 回目)

①被保険者証の記号・番号	記号： 1 番号： 12345	②被保険者の氏名	健保 重久	
③被保険者の住所	〒460-0012 名古屋市千代田二丁目15番18号			
④日中連絡の取れる電話番号	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	052-***-****		
⑤被保険者の勤務する又は勤務していた会社名	日本電話施設株式会社			
⑥傷病名	脳梗塞	⑦発病または負傷の年月日	平成19年 9月 4日	
⑧発病の状態または負傷の原因	*****にて発症 期間の指定はないが給与の補填になるので長期の場合は1ヶ月単位で提出してください			
⑨傷病の療養をするために休んだ期間	平成 20年 1月 12日 から 平成 21年 2月 11日 まで	(31) 日間		
⑩上の⑨に書いた期間に対する報酬はありますか?	基本給は <input type="checkbox"/> 全部受けられる <input type="checkbox"/> 一部受けられる <input checked="" type="checkbox"/> 受けられない 諸手当は <input type="checkbox"/> 全部受けられる <input type="checkbox"/> 一部受けられる <input checked="" type="checkbox"/> 受けられない			
⑪交通事故など、第三者の行為によって負傷したものですか?	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ			
⑫老人保健法の医療を受けたとき該当の場合は記入してください	市町村番号	受給者番号	発行期間名	
⑬介護保険法サービスを受けたとき該当の場合は記入してください	市町村番号	受給者番号	発行期間名	
⑭この請求の傷病に対し「傷害年金」または「障害手当金」を受けていますか?	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ			
受けているとき年金の種類	年金日額	年金を受けることになった年月日	障害年金証書の記号番号	
<input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金	()円	平成 年 月 日	()	
任意継続被保険者または資格喪失者の方が記入する。	⑮年齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> はい		
	年金コードまたは記号番号もしくは番号	年 金 額		
	公的年金受給(申請中)者は必ず記入してください	円		
	円	円		
⑯振込希望口座	銀行	支店	普通口座番号	フリガナ 名義人氏名
⑰委任状	私は <u>日本電話施設株式会社</u> を代理人と定め、上記のとおり請求した傷病手当金及び同付加金の受領方を委任します。 ※被保険者証に記載されている「事業所名称」を記入する			
※押印必須(外国国籍を有する方はサイン可)	平成 20年 2月 13日	被保険者住所：名古屋市千代田二丁目15番18号		
		被保険者氏名：健保 重久		

- [注意事項]
1. 印鑑は認印可。シャチハタ・日付印は不可です。
 2. 訂正した場合は、必ず訂正印を押してください。
 3. 提出された請求書については、返却・写しの送付等は一切致しません。(書類不備の場合を除く)

受付日

⑱被保険者証の記号・番号	記号： 1 番号： 12345	⑲被保険者の氏名	健保 重久	
⑳労務に服さなかった期間	平成 20年 1月 12日 から 平成 20年 2月 11日 まで	(31) 日間		
上の期間中について、【 出勤：○、有休：△、公休：／、欠勤(無休)：× 】でそれぞれ表示してください。				
平成20年1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			
平成20年2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			
平成 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			
平成 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			
平成 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			
I) 上の期間中の分として報酬を全額または一部支給した場合(支給する場合)	全額/一部	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで ()円	()円	
	全額/一部	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで ()円	()円	
	全額/一部	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで ()円	()円	
	全額/一部	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで ()円	()円	
	全額/一部	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで ()円	()円	
II) 報酬を支給しない場合その旨	欠勤の為全額支給しない			
上記のとおり相違ないことを証明します。平成20年 2月 13日				
事業主	住所：			
氏名：	電話番号： 052 (263) 2206			

- [担当者の方へ]
1. 訂正をした場合は、必ず訂正印(事業主印)を押してください。
 2. I) 欄 給与締めごとの証明し、出勤した日に対する報酬は差し引いて、休業中の報酬を証明してください。

III) 患者の氏名	健保 重久	IV) 傷病名	脳梗塞	
V) 発病又は負傷の原因	*****にて発症			
VI) 発病又は負傷の年月日	平成19年 9月 4日	VII) 療養の給付を開始した年月日	平成19年 9月 5日	
VIII) 労務不能と認めた期間	平成20年 1月 12日から 平成20年 2月 11日まで (31) 日間	IX) 左の期間中の診療実日数	(5) 日間	
X) 傷病の主状態及び経過状況(労務不能と認めた理由を詳しく記入してください)	左半身麻痺、大脳機能低下の為就労不能と認める			
上記のとおり相違ありません。平成 20年 2月 12日				
医療機関の名称・所在地：浪速大学付属病院 大阪市浪速区***** 医師の氏名：財前 五郎				
電話番号： 06 (789) 91**				

- [医師の方へ]
1. 訂正をした場合は、必ず訂正印を押してください。
 2. VII) 欄は、初診日ではなく、その傷病について健康保険による療養を始めた日を記入してください。