

適正な支給審査の為、マイナンバーを利用して傷病手当金・年金及び休業補償給付（労災）の受給記録を調査します。また、調査の結果、必要に応じて追加書類の提出を依頼し、各関係機関等に対して支給履歴・内容について照会をする場合があります。

同年月日	年	月	日	常務理事	事務長	課長		担当者	資格	得	年	月	日	被扶養者 台帳照合 者印					
支給額	拾万	万	千	百	拾	円			喪	年	月	日							
									前回	始	年	月	日						
										終	年	月	日						
※支給 決議書	支給 期間	年	月	日	日間	全部 不支給	期 間	年	月	日から	年	月	日	日間	入院 期間	年	月	日	日間
	備考	決定標準 報酬日額	円			一部 不支給	期 間	年	月	日から	年	月	日	日間	該当 条文	法第104条、法第108条			

健康保険傷病手当金請求書 ^① (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	②被保険者証の	記号 番号	③ 被保険者の 氏名	
	⑤被保険者の現住所	〒 — — TEL : — —		
	⑥事業所の名称		⑦被保険者の 業務の種類	
	⑧発病又は負傷の 年月日	年	月	日
	⑨該当の傷病は	病気・ケガ※1・第三者行為※1		
	⑩初診日	年	月	日
	⑪傷病名			
	⑫発病の状態 または負傷の 原因を詳しく			
	⑬疾病又は負傷の 療養をするため 休んだ期間	年	月	日から
		年	月	日まで
	⑭(ア)うへの⑬に書いた期間の分の報酬を 受けましたか、または今後受けられますか	受けた(受けられる) ・ 受けない(受けられない)		
	(イ)報酬支払を受けたとき、または受けられるとき は、その報酬の額とその報酬額支払の基礎と なった(なる)期間	年	月	日から
		年	月	日までの分として
	⑮(ア)「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給してい ますか、または受給予定ですか	いいえ ・ はい (請求中 ・ 受給中)		
	(イ) はい(請求中・受給中)の場合、どちらですか	障害厚生年金 ・ 障害手当金		
(ウ)基礎年金番号	(オ)傷病名			
(エ)支給開始日	年	月	日	
(カ)年金額(年額)※2				
⑯(ア)老齢又は退職を事由とする公的年金を受給してい ますか、又は受給予定ですか	いいえ ・ はい (請求中 ・ 受給中)			
(イ) はい(請求中・受給中)の場合	(ウ)基礎年金番号	(エ)支給開始日	年	
	(オ)年金額(年額)※2		月	
			日	
⑰(ア)労災保険から休業補償給付を受けていますか (または過去に受けたことがありますか)	はい ・ いいえ ・ 労災請求中			
(イ)はいまたは労災請求中の場合 支給元(請求先)の労働基準監督署名	労働基準監督署			

⑱提出日・振込先について(年 月 日 提出)

- マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。
(利用する場合は 利用しない場合は下記の欄を記入してください。)

被 保 険 者 名 義 の 銀 行 口 座	振込先金融機関名 ※ゆうちょの場合記 号番号では振込不可		店名	
	預金種別・口座番号	普通 当座	No.	カナ氏名

※1 ケガ又は第三者行為の場合、負傷理由等について追加書類の提出をお願いします。
※2 各種年金受給者の場合、①年金証書②決定通知書③直近の振込通知書(いずれも写し)を添付してください。