

# 傷病手当金請求書 (第 回目) 2/2枚目

受付印

ネスレ健康保険組合 御中 (人事総務本部 HRSSC Payroll経由でご提出ください)

1/2枚目の注意事項をよく読んで記入もれのないように1/2枚目、2/2枚目共に提出ください。  
また、□には忘れず「レ」(チェック)を入れてください。

<b>健康保険法第五十九条、第百十九条、第二百一条に基づき内容審査を進めます。傷病手当金請求書の一部しか提出がない、調剤明細書またはお薬手帳のいずれかのコピーの添付がない、申請内容に記載もれ・不備がある場合など返戻することになり審査が保留となりますので不備のないようにご提出をお願いいたします。</b>								
被保険者 氏名	<b>山田 太郎</b>		被保険者証 記号	<b>1000</b>	従業員番号 番号	<b>1234</b>	<b>12345678</b>	
住居区分	<input checked="" type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借上 <input type="checkbox"/> 自己賃貸 <input type="checkbox"/> その他							
事業所 名称	<b>ネスレ日本株式会社</b>		部課または 支店名	<b>人事総務本部</b> ※工場勤務の方は工場名を記入				
保険証資格取得日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <b>31年 4月 1日</b>			前加入健康保険組合名称	<b>協会けんぽ 兵庫支部</b> <small>※保険証資格取得2年未満の方のみ記入</small>			
休業期間(請求期間)	R <b>6年 6月 1日</b> から R <b>6年 6月 30日</b> まで <b>30</b> 日間		請求日	R <b>6年 7月 10日</b>				
発症・負傷の日	R <b>6年 5月 31日</b>		傷病名	<b>右大腿部骨折</b>				
発症・負傷 の原因	<b>自宅の2階より転落し骨折</b>			原因 区分	<input checked="" type="checkbox"/> 私傷病 <input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故など)			
療養の 状況 <small>※具体的に 記入して ください。</small>	<b>手術後、現在はギプスによる固定を行い、5月初旬よりリハビリの予定。 なお、来年3月に再度の金具摘出手術の予定あり。</b>							
公的年金 受給状況	障害年金 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 請求中		「有」の場合は、必ず「年金決定通知書」「年金額改定通知書」の 写しを添付してください					
	高齢年金 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 請求中(退職された方のみ記入)							
※被保険者(任意継続を除く)が退職し、給与口座以外の口座振込を希望する場合や、被保険者が死亡した場合は別途ご連絡ください。								
傷病名				発症・負傷日	R 年 月 日			
発症・負傷の原因				診療開始日	R 年 月 日			
労務不能と 認められた期間	R 年 月 日まで		左記の 期間の 診療日数	R 年 月 日まで		左記のうち 入院した期間	R 年 月 日まで 日間	
傷病の主症状 および経過概要 (治療内容など詳しく)	<b>この欄は医療機関に 記入依頼をしてください。</b>						転記	
労務不能と 認められた 医学的な所見							<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医	
処方箋の発行	有 <input type="checkbox"/> 無 (右欄記入要) <input checked="" type="checkbox"/>		処方箋の発行が無い場合 投薬治療を行わない理由					
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日	医療機関の住所 医療機関名 医師の氏名			電話番号 ( )				
休業した期間	欠勤日は「×」、出勤日は「○」、有給休暇は「△」、公休日は「公」と該当日に表示してください。							
年 月 日	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							
年 月 日	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							
( 日間)	月							
上記期間のうち労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間					
上記期間のうち会社旧見舞金支給期間			日まで 日間					
上記期間のうち積年・有給休暇取得期間			日まで 日間					
上記期間のうち報酬の全部または一部を または支給するときは、その期間および支	<b>この欄はHRSSCに 証明依頼をしてください。</b>						見物給与担当者確認	<input type="checkbox"/>
							円/月	
備考欄	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業主所在地 : 事業主名称 : 事業主代表者氏名 :							
標準 報酬月額	円		法定日額	円		調整日額	円	
支給期間	令和 年 月 日から		支給決定 日額	円		支給 決定日額	円	
	令和 年 月 日まで		日間			常務 理事	給付 担当	
備考欄								