

支 給 決 定 伺（健保記入欄）						
常務理事	事 務 長	担 当	支 給 決 定			
			支給日	令和 年 月 日	支給額	円
法定支給開始日	令和 年 月 日		支給期間	令和 年 月 日		日間
法定終了予定日	令和 年 月 日			令和 年 月 日		
傷病手当 標準日額	直近 12 ヲ月の平均標準報酬月額 円 (日額 円)		支給額 〈日額〉 円 × 2/3 × 日 = 円 控除額 〈給与・交通費〉 △ 円 〈年金〉 △ 円 《今回支給決定額》 円			
	☐ 障害年金 ☐ 障害手当金 ☐ 老齢年金 円 (日額)					

傷病手当金請求書 (第 回目)

被保険者証 記号一番号	—	被保険者氏名				
被 保 険 者 生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	事 業 所 名 称				
資 格 取 得 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日	令和 年 月 日			
傷 病 名		発病・負傷 年 月 日	年 月 日			
発病・負傷 の 原 因	(☐ 労災 ☐ 第三者行為 ☐ どちらでもない)					
療養のために休んだ 期間(今回請求期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間				
障害厚生年金・障害手当金 を受給していますか	☐ はい ☐ 請求中 ☐ いいえ	「はい」のときは 年金証書(写)と年金振込通知書(写)を添付してください 年金受給の要因となった傷病名： _____ 「請求中」のときは基礎年金番号を記入してください → _____				
老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	☐ はい ☐ 請求中 ☐ いいえ	「はい」のときは 年金証書(写)と年金振込通知書(写)を添付してください 「請求中」のときは基礎年金番号を記入してください → _____				
雇用（失業）保険の手続き について	☐ 在職中 ☐ 雇用（失業）保険は受給できない（理由： _____） ☐ 雇用保険受給延長の申請をする・している					
令和 年 月 日 上記のとおり請求いたします。 三井住友海上健康保険組合 御中 〒 _____ 電話 _____ (_____) 被保険者の住所 _____ 氏 名 _____ _____						
振 込 指 定 口 座	銀 行	支 店	普通 預 金	口 座 番 号	フリガナ	口座区分 被保険者 ・ 代理人
					名 義	

*被保険者の振込先は給与振込口座(A)を記入してください。振込先が代理人の場合は委任状欄を記入してください。

(注) 初回(第一回目) 請求時には、必ず同意書を添付してください。鉛筆や消せるボールペンで記入されたものは受付できません。

被保険者本人が記入→

被保険者証 記号－番号	—	氏名	
----------------	---	----	--

事業主の証明					
労務に服さな かった期間	令和 令和	年 年	月 月	日 日 から 日まで 日間	
上記(請求)期間 中の分として支 払う報酬額	イ. 全額支給した 又は支給する	令和	年	月 日から	報酬 円
	ロ. 一部支給した 又は支給する	令和	年	月 日までの分	
	ハ. 現在までも 又将来も支給 しない	(その理由)			
令和 年 月 日 上記のとおり相違ないことを証明します。 住 所 事業主または代理人 氏 名					

療養を担当した医師の意見書				
傷 病 名		発病または 負傷の原因		
発病または 負傷の年月日	平 成 令 和	年 月 日	診療開始日 平 成 令 和	年 月 日
労務不能と 認めた期間	令和 令和	年 月 日から 年 月 日まで	左記期間中の 診療実日数	日間
入院期間	令和	年 月 日 から	令和	年 月 日 まで 日間
傷病の主症状 および 経過概要				
令和 年 月 日 上記のとおり相違ないことを証明します。 医療機関 所在地 電話 () 名 称 担 当 医 氏 名				

委 任 状	被 保 険 者 記 入	私は、本請求に基づく給付金に関する受領を、下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者 住所 被保険者(請求者)の住所と同じ (請求者) 氏名 印 押印省略不可
	代 理 人 記 入	代理人 住所 電話 () (口座名義人) 氏名 印 被保険者との関係