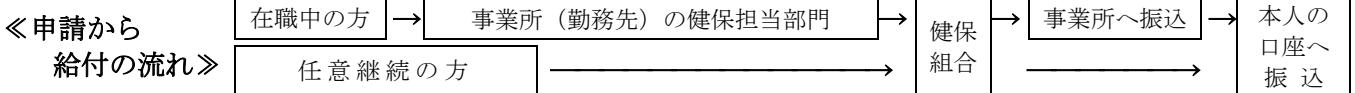


健 保 使 用 欄	支給額(合計)		¥
	法定	支給期間	自: 年 月 日 至: 年 月 日
		支払額	¥
	付 加	支給期間	自: 年 月 日 至: 年 月 日
		支払額	¥
		なし ※ 資格喪失後は対象外	

支給決定伺		
令和 年 月 日		
GL	担当者	担当者

備考欄



健康保険被保険者証に記載されている 当金・傷病手当付加金請求書

「記号」と「番号」をご記入ください。 ※ 記号は1桁、番号は5桁です。

被保険者証の記号番号	記号	1	番号	23456	被保険者氏名	健保 康太			
資格取得年月日	昭(平)令	18	年	4	月	1	日	被保険者の業務の種別	一般事務

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間:	年 月 日 ~ 年 月 日まで	日間	
	上記の期間(出勤日以外)に対して報酬・交通費を支給しました(します)か	はい ・ いいえ		
	報酬・交通費を支給した場合、その額(休業日に対する報酬は除いて証明) ※ 時給日給や有給給付金等も証明してください。 ← 該当する場合は○			
	年 月 日 ~ 年 月 日	事業主が	円	
	年 月 日 ~ 年 月 日	休業期間・休業期間中の給与について	円	
	年 月 日 ~ 年 月 日	証明する欄です	円	
	年 月 日 ~ 年 月 日		円	
	年 月 日 ~ 年 月 日		円	
	年 月 日 ~ 年 月 日		円	
	上記の通り相違無いことを証明いたします。	令和 年 月 日		
所在地				
事業主氏名				
特記事項				

【事業主の方へお願い】

- * 請求期間にかかわる出勤簿を添付して下さい。
- * 休業日に対する報酬(交通費含む)を、日額・期間額・月額のうちいずれかを○印で選択し証明して下さい。(出勤日に対する報酬は差し引いて下さい)
- * 証明対象期間に対して、翌月以降に加算される手当・控除等がありましたらその額を含めて証明して下さい。

事業所担当者
確認印

--

【医療機関様へお願い】 *意見書は、必ず**全項目のご記入**をお願いします。
 *意見書記入年月日の翌日以降に関する労務不能の証明は認められません。

療養を担当した医師の意見書(全項目をご記入ください)	受診者の氏名		生年月日	昭・平・令	年	月	日
	傷病名						
	発病又は負傷の年月日	昭・平・令	年	月	日		
	労務不能と認めた期間						
	上記期間中入院						
	転帰						
	該当に必ず○印						
<p>療養を担当した医師が 傷病名・労務不能と認めた期間等について 証明する欄です</p> <p>※ 医師に記入していただいたら 記入もれ・押印もれ等がないか確認してください!</p> <p>記入漏れ等があった場合、請求書を受理できない 場合がありますのでご注意ください</p>							
上記の通り相違あり							
所在地 医療機関の名称 担当した医師の氏名							
TEL () (印)							

* 被保険者は太枠の中を記入して下さい。

傷病名	(医師の証明を基に記入)	発病または負傷日	元年 6月 27日
		発病または負傷原因	(判る範囲で具体的に)
請求期間 (療養のため休んだ期間)	令和 元年 6月 27日 ~ 令和 元年 7月 31日 35日間 上記のうち「労務に服した日」「報酬額が傷病手当金を上回った日」は除いて請求します		
上記期間中に報酬を受けた場合は、その期間と額	令和 元年 6月 1日 から の分として 令和 元年 7月 31日 まで		※期間と額が不明な場合は 担当部門へお問い合わせください。 327,000 円
① 厚生年金保険法による障害年金・障害手当金を受給している	障害年金・障害手当金の支給事由となった傷病名	いいえ	はい・請求中
② 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		いいえ	はい・請求中
③ 労災保険から休業補償給付を受けている間の請求ですか		いいえ	はい・請求中
上記①・②・③で『はい』『請求中』の場合	受給開始(予定)日	昭・平・令	年 月 日から
	年金(予定)額	円	
負傷による休業の場合、第三者の行みによる負傷ですか		いいえ	はい
被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバー ※マイナンバーで申請の場合:-1.本人確認の -2.申	請求日は、必ず請求期間の最終日以降 の日付をご記入ください	備考欄	
報酬を受けた場合、傷病手当金から報酬額を控除(調整)することに同意し、上記の通り請求します。 また在職期間中に係る申請の場合、本申請書に基づく給付金の受領を事業主へ委任いたします。			
富士フィルムグループ健康保険組合 理事長殿		令和 元年 9月 10日	
被保険者 住所		神奈川県小田原市扇町 2-12-1	
又は請求者 氏名		健 保 康 太	

* 障害(老齢)年金受給者は、毎回受給額のわかる「振込通知書」と「年金証書」の写しを添付して下さい。
 * 請求権は、事実のあった日の翌日から起算して2年で時効となります。