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		¥

GL	担当者	担当者

備考欄

≪申請から給付の流れ≫

在職中の方 → 事業所（勤務先）の健保担当部門 → 健保組合 → 事業所へ振込 → 本人の口座へ振込

任意継続の方 → 健保組合 → 本人の口座へ振込

傷病手当金・傷病手当付加金請求書

＊ 被保険者は、太枠の中を記入して下さい。

被保険者等記号番号	記号		番号	被保険者氏名	
資格取得年月日	昭・平・令　年　月　日			被保険者の業務の種別	
傷病名				発病または負傷日	年　月　日
				発病または負傷原因	
申請期間 （療養のため休んだ期間）	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日　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」「法定満了日の翌日以降」は除いて申請します。				
上記期間中に報酬を受けた場合は、その期間と額	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日 まで	の分として　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				いいえ ・ はい ・ 請求中	
障害年金・障害手当金の支給事由となった傷病名					
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申請ですか				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、第三者の行為による負傷ですか				いいえ ・ はい	
被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーで申請する方は、備考欄へ記入してください。 ※マイナンバーで申請の場合、申請書を郵送する場合は「簡易書留」で送付してください。			備考欄		

上記の通り申請します。
在職期間中または被保険者資格喪失者に係る申請の場合、本申請書の提出および、給付金の受領を事業主へ委任いたします。
健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、富士フイルムグループ健康保険組合が関係機関に対して、給付記録・療養の給付記録・診療履歴等の照会を行うこと、また、関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。
※関係機関とは、以前加入していた健康保険組合および受診していた医療機関等を指します。
また、照会が複数となる場合は、本申請書の写しも有効とさせていただきます。

富士フイルムグループ健康保険組合 理事長殿　　令和　年　月　日

被保険者　住所

氏名

＊ 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。

【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		発病または負傷の原因	
発病又は負傷の 年 月 日	昭･平･令　年　月　日	該当傷病の初 診 日	昭･平･令　年　月　日
労務不能と認めた期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日	診 療 実日数	日間
上記期間中の入 院 期 間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日		

転帰 以下より選択 □治 癒 □中 止 □継 続 □転 院	労務不能と認めた期間中の「主たる症状及び経過」「治療内容・検査結果・療養指導」等（詳しく）
	症状経過からみて、従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見

上記の通り相違ありません。

令和　年　月　日

医療機関の　所 在 地
名　　称　　印
担当した医師の氏名

ＴＥＬ　　（　　）

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、その期間と報酬額をご記入ください。（出勤日に対する報酬は除いて証明）
※ 時給日給や有給取得等、日により報酬額が異なる場合･･･　別紙へ記入　←該当する場合は○

年　月　日～　年　月　日	日間	日額 ・ 期間額 ・ 月額　円
年　月　日～　年　月　日	日間	日額 ・ 期間額 ・ 月額　円
年　月　日～　年　月　日	日間	日額 ・ 期間額 ・ 月額　円
年　月　日～　年　月　日	日間	日額 ・ 期間額 ・ 月額　円
年　月　日～　年　月　日	日間	日額 ・ 期間額 ・ 月額　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　　印

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