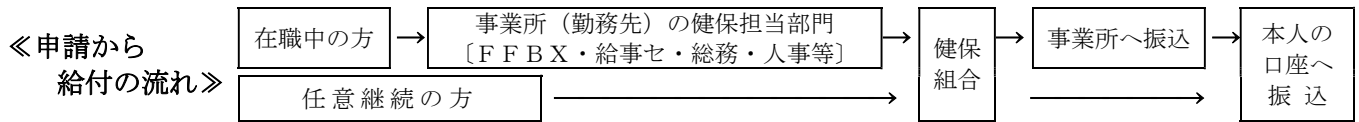


健 保 使 用 欄	支給額(合計)		¥
	法 定	支給期間	自: 年 月 日 至: 年 月 日
		支払額	¥
	付 加	支給期間	自: 年 月 日 至: 年 月 日
支払額		¥	
なし ※ 資格喪失後は対象外			

支 給 決 定 伺			
令和 年 月 日			
常務理事	事務長	G L	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

* 被保険者は、大枠の中を記入して下さい。

被保険者証の記号番号	記号	番号	被保険者名
	1	23456	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、その日に対する報酬は除いて証明)		
	※ 時給日給や有給休暇等については、その日に対する報酬は除いて証明 ←該当する場合は○		
	年 月 日	事業主が	円
	年 月	休業期間・休業期間中の給与について	円
	年 月		円
	年 月 日	証明する欄です	円
	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			
(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「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			年	月	日
	労務不能と認められた期間						
	上記期間中入院						
	転帰 ↳ 該当に必ず ○印	療養を担当した医師が 傷病名・労務不能と認められた期間等について 証明する欄です ※ 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! 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					
	上記の通り相違あり						
所在地 医療機関の名称		所在地 医療機関の名称		所在地 医療機関の名称		所在地 医療機関の名称	
担当した医師の氏名		担当した医師の氏名		担当した医師の氏名		担当した医師の氏名	
TEL		TEL		TEL		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 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	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、第三者の行為に起因する場合は	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.印	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に委任いたします。			
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。