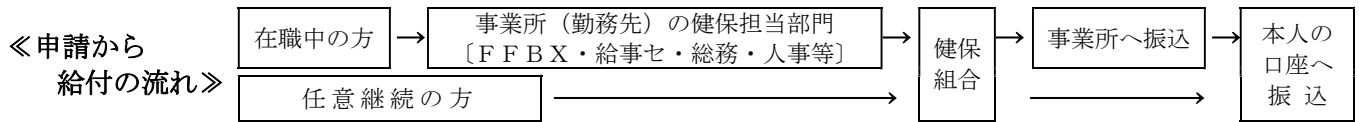


健 保 使 用 欄	支給額(合計)		¥
	法 定	支給期間	自: 年 月 日 至: 年 月 日
		支払額	¥
	付 加	支給期間	自: 年 月 日 至: 年 月 日
支払額		¥	
なし ※ 資格喪失後は対象外			

支 給 決 定 伺			
令和 年 月 日			
常務理事	事務長	GL	担当者

備考欄	



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。

被保険者証の記号番号	記号	番号	被保険者名
資格取得年月日	昭・平・令	年 月 日	被保険者の業務の種別

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○																								
	<table border="1"> <tr> <td>年 月 日 ~ 年 月 日</td> <td>日間</td> <td>日額・期間額・月額</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>年 月 日 ~ 年 月 日</td> <td>日間</td> <td>日額・期間額・月額</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>年 月 日 ~ 年 月 日</td> <td>日間</td> <td>日額・期間額・月額</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>年 月 日 ~ 年 月 日</td> <td>日間</td> <td>日額・期間額・月額</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>年 月 日 ~ 年 月 日</td> <td>日間</td> <td>日額・期間額・月額</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>年 月 日 ~ 年 月 日</td> <td>日間</td> <td>日額・期間額・月額</td> <td>円</td> </tr> </table>	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	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																					
	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																									
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

--

【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	
	上記期間中の入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
	転帰 ↳ 該当に必ず ○印	治癒	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			
		中止 継続 転院				
上記の通り相違ありません。						
令和 年 月 日						
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		発病または負傷日	年 月 日	
		発病または負傷原因		
請求期間 (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」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 年 月 日 から の分として		令和 年 月 日 まで 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:-1.本人確認のため書類(番号カード等の写し等)も添付してください。 -2.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	
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 年 月 日		
被保険者 住所				
又は請求者 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。