

健康保険 傷病手当金請求書 (第 回)

請求書は、黒のボールペン等（消えるインク不可）を使用し、楷書で丁寧に記入ください。

被保険者記入欄	被保険者証	記号	番号	社員番号					
	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭和 平成	年	月 日		
	住所	〒			電話番号 (日中の連絡先)	()			
	傷病名			発病または 負傷年月日	平成 令和	年	月 日		
	発病または 負傷の原因				第三者行為による ものですか (※1)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	療養のため 休んだ期間	令和	年	月 日 から	日間	その期間の 報酬について	事業主の証明欄の とおり		
		令和	年	月 日 まで					
	障害年金または 老齢年金を受給 していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」「請求中」の場合、 受給の要因となった傷病名と 基礎年金番号等 (※2)		年金の種類 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 (傷病名) / <input type="checkbox"/> 老齢年金	基礎年金番号		支給開始年月日	年金額 (年額)
	照会に関する 同意欄	右記に <input checked="" type="checkbox"/> を記入 <input type="checkbox"/> 私は、傷病手当金の支給可否に関する調査のため、ワコール健康保険組合が医療機関等に対して照会をおこない、回答・提供を受けることに同意します。							
	給付金の受領 について	右記に <input checked="" type="checkbox"/> および 日付を記入 <input type="checkbox"/> 給付金の受領を事業主に委任します。 (ウナナナクール、ランジェノエル所属、資格喪失者は不要です)			令和 年 月 日				
ウナナナクール、ランジェノエルに所属されている方、資格喪失者（請求後に退職予定の方も含む）は、請求者名義の振込口座をご記入ください。									
金融機関	銀行コード		銀行 信用金庫 信託銀行		店番	支店			
預金種別	普通・当座	口座番号 (右詰めで記入)		口座名義 (カタカナ)					

(※1) 「はい」の場合はワコール健康保険組合までご連絡ください。

(※2) 「はい」「請求中」の場合は、年金給付額等がわかる書類「年金証書(写)」「年金振込通知書(写)」「年金額改定通知書(写)」等をすべて添付してください。

療養を担当した 医師意見欄	患者氏名							
	傷病名			療養の給付 開始年月日 (初診日)	平成 令和	年	月 日	
	発病または 負傷の原因			発病または 負傷年月日	平成 令和	年	月 日	
	労務不能と 認められた期間	令和	年	月 日 から	日間	左記の期間に 診療した日数	日	
		令和	年	月 日 まで				
	上記の期間中における「主たる症状および経過」「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							
	上記のとおり相違ないことを証明します。				令和 年 月 日			
	医療機関の所在地							
	医療機関の名称							
医師の氏名				☎ 電話番号 ()				

※医療機関の名称・所在地はゴム印（スタンプ等）を使用してください。

- 傷病手当金請求の詳細は、ワコール健康保険組合ホームページ > こんなときの手続きは？ > 病気やけがで仕事を休むときからご確認ください。



受付日付印

- 請求書受付締日と支給日
毎月末日締切（健康保険組合必着）で、翌月25日（休日の場合は前日）に給与口座へ振込みます。
事業所がウナナナクール、ランジェノエルの方、退職者等は指定口座に振込みます。

事業主証明欄	労務に服さなかった期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間																													
	勤務状況		労務に服さなかった期間の勤怠を下記の欄にご記入ください。 【出勤→出】 【欠勤→欠】 【有給休暇→有】 【定休→定】 【休日→×】 【パーソナル休暇→P】 【会社都合の欠勤→会】																							給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 日給月給 ()					
	日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	月																															
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。																																
支給した賃金内訳	区分	期間	月分	月分	月分																											
	基本給		円	円	円																											
	通勤手当 (※1)		円	円	円																											
	手当		円	円	円																											
	手当		円	円	円																											
	手当		円	円	円																											
	欠勤控除額 (※2)	△	円	円	円																											
	総支給額		円	円	円																											
	(※1) 支給した通勤費の内訳をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 支給なし <input type="checkbox"/> 公共交通機関等通勤費 月額 ()円 <input type="checkbox"/> 通勤費 日割額 @ × 日分=()円 <input type="checkbox"/> 駐車場, 駐輪場月額()円 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 支給なし <input type="checkbox"/> 公共交通機関等通勤費 月額 ()円 <input type="checkbox"/> 通勤費 日割額 @ × 日分=()円 <input type="checkbox"/> 駐車場, 駐輪場月額()円 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 支給なし <input type="checkbox"/> 公共交通機関等通勤費 月額 ()円 <input type="checkbox"/> 通勤費 日割額 @ × 日分=()円 <input type="checkbox"/> 駐車場, 駐輪場月額()円 <input type="checkbox"/> その他 ()																												
	(※2) 欠勤控除額の計算方法をご記入ください。																															
復職状況	<input type="checkbox"/> 未復職 <input type="checkbox"/> (月 日)に復職 <input type="checkbox"/> その他 ()																															
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日																												事業所ビル名				
事業主の所在地																												確認者		担当者		
および名称																																
事業主の氏名																																

健康保険組合記入欄	取得	昭和・平成・令和 年 月 日	喪失	令和 年 月 日	前回支給	令和 年 月 日まで
	待期間	/ ~ / 完了済	支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日数	日
	月額	× = ①	当初支給開始日	令和 年 月 日	満了日	令和 年 月 日
	月額	× = ②				
	月額	× = ③				
	(①+②+③) ÷ 12 = 平均		(四捨五入なし)			
平均 ÷ 30 = 日額		(10円未満四捨五入)				
日額 ÷ 3 × 2 =		(1円未満四捨五入)				