

適正な支給審査の為、マイナンバーを利用して傷病手当金・年金及び休業補償給付（労災）の受給記録を調査します。また、調査の結果、必要に応じて追加書類の提出を依頼し、各関係機関等に対して支給履歴・内容について照会をする場合があります。

同年月日	年 月 日					常務理事	事務長	課 長		担当者	資格 得 喪 始 終	年 月 日	被扶養者 台帳照合 者印
支 給 額	拾万	万	千	百	拾	円						年 月 日	
												年 月 日	
※支給決議書	支給期間	年 月 日 日間					全 部 不支給 理由	期 間	年 月 日から 年 月 日 日間			入院期間	年 月 日 日間
	備考	決定標準報酬月額 円					一 部 不支給	期 間	年 月 日から 年 月 日 日間			該当条文	法第 104 条、法第 108 条

健康保険傷病手当金請求書^① (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	②被保険者等 記号・番号	記号 番号	③ 被保険者の 氏名			
	⑤被保険者の現住所	〒 — TEL : — —				
	⑥事業所の名称			⑦被保険者の 業務の種別		
	⑧発病又は負傷の 年月日	年 月 日		⑨該当の傷病は	病気・ケガ※1・第三者行為※1	
	⑩初診日	年 月 日		⑪傷病名		
	⑫発病の状態 または負傷の 原因を詳しく					
	⑬疾病又は負傷の 療養をするため 休んだ期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間				
	⑭(ア) うえの⑬に書いた期間の分の報酬を 受けましたか、または今後受けられますか	受けた (受けられる) ・ 受けない (受けられない)				
	(イ) 報酬支払を受けたとき、または受けられるとき は、その報酬の額とその報酬額支払の基礎と なった (なる) 期間	年 月 日から 年 月 日 までの分として 円				
	⑮(ア) 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給してい ますか、または受給予定ですか	いいえ ・ はい (請求中 ・ 受給中)				
	(イ) はい (請求中・受給中) の場合、どちらですか	障害厚生年金 ・ 障害手当金				
	(ウ) 基礎年金番号			(オ) 傷病名		
	(エ) 支給開始日	年 月 日		(カ) 年金額 (年額) ※2		
	⑯ (ア) 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していま すか、又は受給予定ですか	いいえ ・ はい (請求中 ・ 受給中)				
	(イ) はい (請求中・受給中) の場合	(ウ) 基礎年金番号			(エ) 支給開始日	年 月 日
	(オ) 年金額 (年額) ※2					
⑰ (ア) 労災保険から休業補償給付を受けていますか (または過去に受けたことがありますか)	はい ・ いいえ ・ 労災請求中					
(イ) はいまたは労災請求中の場合 支給元 (請求先) の労働基準監督署名	労働基準監督署					

⑱提出日・振込先について (年 月 日 提出)

- ☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。
(利用する場合は☒ 利用しない場合は下記の欄を記入してください。)

銀行口座 被保険者名義の	振込先金融機関名 ※ゆうちょの場合記 号番号では振込不可			店 名	
	預金種別・口座番号	普通 当座	No.	カナ氏名	

※1 ケガ又は第三者行為の場合、負傷理由等について追加書類の提出をお願いする事があります。
※2 各種年金受給者の場合、①年金証書②決定通知書③直近の振込通知書 (いずれも写し) を添付してください。