

2枚目には医師の証明が必要です

①申請する回数を記入

傷病手当金請求書(第1回目)

事業所担当者印を忘れずに

②被保険者の項目を記入

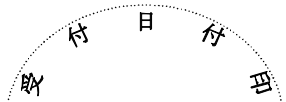
押印は忘れずに

事業所担当者印 印	被保険者の		③生年月日				
	①記号	②番号	大正 昭和 平成	年	月	日	
	5	2028999	昭和	55	05	05	
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の (請求者) 氏名と印	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	事業 所の 所在地	コスモ石油(株) 東京都港区芝浦1-1-1			
	被保険者の (請求者) 住所	〒105-0014 東京都港区芝一丁目10番11号	(フリガナ) トウキョウトミナトクシバ1チョウメ10バン11ゴウ	(電話番号) 03-3798-xxxx			
	傷病名	③病名・発病日を入力 ××病		年月日(療養開始日) 発病または負傷	〇〇年	05月	30日
入 る と こ ろ	年齢・障害(厚生)年金等受給の有無	有り(無し)申請中	年	月	日から受給	年金証書の記号番号	
	受給病名	年齢・障害(厚生)年金等手当額		④老人保健医療費受給番号			
	④発病の状態または負傷の原因を詳しく	⑤発病の状況・休んだ期間等を入力 不明					⑥発行機関名
	⑧疾病または負傷の療養をするため休んだ期間	自	〇〇年	01月	01日	日間	⑨第三者行為によるものですか いいえ・はい
	至	〇〇年	02月	28日	59		
証 明 す る 欄	⑩うえの⑧に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、または受けられませんか	受けた・受けない 受けられる・受けられない		⑪報酬の支払いを受けた(受けられる)ときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間		平成 〇〇年 01月から 平成 〇〇年 01月まで 280,000 円	
	入院した期間があるとき	⑫健康保険または自費で入院しましたか	健保・公費 自費・その他	⑬入院期間	自	〇〇年 01月 01日 〇〇年 02月 10日 41日間 (340千円)(円)	
	被扶養者がいるときはその方の	氏名	健保 花子	生年月日	昭和55年10月1日	被保険者との続柄 妻 (備考)	
事 業 主 が 証 明 す る 欄	委任状	コスモ石油健康保険組合理事長殿 上記のとおり申請いたします。 上記により支給される金額の受領を事業主に委任いたします。 被保険者 住所 東京都港区芝一丁目10番11号 氏名 健保 太郎					
	⑨事業主の証明を受けてください	⑭労務に服さなかった期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間 出勤は○で、有給は△で、公休は◇で、欠勤は/でそれぞれ表示してください					
	任意継続被保険者以外の方はもれなく委任状が必要です。記入押印を忘れずに。	年 月	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	計	出勤	有給	
	⑮うえの期間中の分として、報酬を全部または一部支給した場合は、または支給する場合	(自)年 月 日 (至)年 月 日 日間	円	月	日	支払 円	
	(自)年 月 日 (至)年 月 日 日間	円	月	日	支払 円		
	(自)年 月 日 (至)年 月 日 日間	円	月	日	支払 円		
	(自)年 月 日 (至)年 月 日 日間	円	月	日	支払 円		
⑯現在までもまた将来も支給しない場合はその旨	平成 年 月 日提出						
うえのとおり相違ないことを証明します。	平成 年 月 日						
事業主 住所 〒	氏名						
電話 ()	-						

④年金等報酬がある場合は、申請状況・種類・金額を記入

⑥報酬を受けない場合または受けた場合の状況を記入

⑦入院の状況を記入



医師の証明を該当するところ全てに記入してもらってください

療養を担当した医師が意見をかくところ	患者氏名						
	傷病名						
	発病または負傷の年月日			年	月	日	
	⑰療養の給付を開始した年月日			年	月	日	
	発病または負傷の原因						
	⑱労務不能と認められた期間	平成	年	月	日から	日間	左の期間中の診療実日数
		平成	年	月	日まで		日間
	⑲傷病の主状態および経過概要						
		人工透析または人工臓器等を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日		平成	年	月 日
		人工臓器等の種類	ア. 人工肛門 イ. 人口膀胱 ウ. 人工関節 エ. 人口骨頭 オ. 心臓ペースメーカー カ. 人工透析 キ. その他 ()				
⑳うへの期間中に入院した期間がある場合はその期間	平成	年	月	日から	日間	㉑入院の費用の別	
	平成	年	月	日まで		健保・公費 自費・その他	
うへのとおり相違ありません							
平成 年 月 日							
住所 (所在地) 〒							
医師 医療機関名							
氏 名 ㉒							
電話 () —							

提出年月日は、休んだ期間より後となります。

	支 給 金 額			
法定給付				
付加給付				
合 計				

<算出の基礎>

(法定)

円 × 2/3 × 日 = 円

円 × 2/3 × 日 = 円

(付加)

円 × % × 日 = 円

円 × % × 日 = 円

コスモ石油健康保険組合

常務理事	事務長	係