健康保険組合		
常務理事	事務長	扱者

傷病手当金請求書　（第　1　回目）　被保険者記入用

※被保険者氏名欄は入力できません。自署してください。

初回申請時のみ記入

1、傷病手当金を受給中に他の給付金の受給を開始する場合は、遅滞なく貴組合にその旨報告します。
2、万一、傷病手当金と他の給付金等を重複して受給していたときは、速やかに
3、傷病手当金の支給決定を行うにあたり、工機ホールディングス健康保険組合
保険給付記録、各種年金等の受給状況、診療履歴、医師の見解等の照会を行
ことに同意します。（関係機関とは、以前加入されていた健康保険組合、協会
されていた医療機関等を指します。）また、照会先が複数の場合、本書の写しも有効と認めます。

※初回申請時のみ、自筆にて記入をお願いします。（2回目以降記入不要。）

令和　6　年　4　月　1　日

上記事項に同意いたします。　　被保険者氏名　健保　太郎

被保険者情報および請求内容

※自筆にて氏名を記入してください。

被保険者記入欄

被保険者等記号・番号	記号 1	番号 12345	被保険者氏名	健保　太郎	生年月日 ☑昭和 ☐平成 50 年 5 月 1 日
住所	〒 123 ― 4567 〇〇県××市△△町1丁目2345				電話番号 ※日中に連絡が取れる番号を記入 090 (1111) 2222
事業所の名称	☑KHD ☐SDJ ☐労組 ☐退職者		あなたの仕事内容（具体的に）	※退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容 総務担当事務	**※担当している業務について、具体的に記入してください。**
傷病名	■■がん		傷病の原因について	※外傷(ケガ)の場合は、ブランクで可。初回申請時に、別途「K0340_負傷原因届」を提出してください。 不詳	
療養のために休んだ期間(申請期間) ※第1回目は待期期間も含め記入	令和 6 年 2 月 15 日　令和 6 年 2 月 28 日 まで 14 日間				

確認事項

① 上記の「療養のために休んだ期間」に報酬をうけましたか。 ※報酬には通勤手当食事補助など各種手当を含む	☑はい ☐いいえ	1-1 「はい」の場合、その期間と報酬額	令和 4 年 2 月 15 日 から 令和 4 年 2 月 28 日 まで △△△△ 円	
② 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。	☐はい ☐請求中 → ☐傷害厚生年金 ☐傷害手当金 ☑いいえ	2-1 「はい」の場合、支給開始年月日と額	平成 令和 年 月 日 円	
2-2 上で「はい」「請求中」の場合、支給の要因となった傷病名等について ※「請求中」の方は傷病名、基礎年金番号	傷病名		基礎年金番号	年金コード
③ (退職後の期間を請求する場合、記入) 老齢年金または雇用保険の失業給付の受給について	☐はい ☐請求中 → ☐老齢年金 ☐失業給付 ☐いいえ	3-1 「はい」の場合、支給開始年月日と額	平成 令和 年 月 日 円	
3-2 上で「はい」「請求中」の場合、基礎年金番号等について ※「請求中」の方は基礎年金番号のみ記入	基礎年金番号		年金コード	
④ 労災保険から休業補償給付を受けていますか。(又は、過去に受けたことがありますか。)	☐はい ☐請求中 ☑いいえ	4-1 「はい」「請求中」の場合、支給元(請求先)の労働基準監督署	労働基準監督署	
⑤ 介護保険によるサービスを受けたとき	被保険者番号	保険者番号	保険者名称	

退職者　記入欄（振込先口座記入欄）	金融機関名称	支店名	預金種別	口座番号	口座名義人
	〇〇銀行	△△支店	☑普通 ☐当座	0 1 2 3 4 5 6	健保　太郎

※ 給付金は健保より直接お振込み致しますので、振込先口座をご記入下さい。
尚、給与明細には反映されませんのでご了承下さい。

受付印

K0310(R06.12)