

健康保険 傷病手当金請求書(第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等記号・番号		③ 被保険者 (申請者)の 氏名	(フリガナ)			④被保険者の生年月日				
	①	②					昭和 平成	年	月	日	
	⑤ 被保険者 (申請者)の 住所等		〒			基礎年金番号					
			TEL ()								
	⑥ 事業所名称				⑦ 仕事の 具体的な 内容			備 考			
	⑧ 傷 病 名				⑨ 初診日	平・令 年 月 日					
	⑩ 発病時および負傷の状況をくわしく記入してください。							⑪ 第三者行為によるものですか ☐ はい ☐ いいえ 「はい」のときは第三者行為の 傷病届を提出してください			
	⑫ 療養のため休んだ期間 (申 請 期 間)		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間								
	⑬ 上記⑫の療養のために休んだ期間(申請期間)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 ☐ 受けていない ☐ 今後受ける ☐ 今後もしない					
	⑭ 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。 上記で「はい」または「請求中」と回答された場合、 受給の原因となった(なる)傷病名を記入してください。					☐ はい ☐ いいえ ☐ 請求中 「はい」のときは年金証書の写および年金振込通知書等を添付してください。					
上記で「はい」と回答された場合、基礎年金番号、年金コード、 支給開始年月日、年金額を記入してください。 「請求中」と回答された場合は、基礎年金番号のみ記入してください。					基礎年金番号		年金 コード	支給開始年月日		年金額	
								昭・平・令 年 月 日		円	
⑮ 資格喪失した方で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。 上記で「はい」と回答された場合、基礎年金番号、年金コード、 支給開始年月日、年金額を記入してください。 「請求中」と回答された場合は、基礎年金番号のみ記入してください。					基礎年金番号		年金 コード	支給開始年月日		年金額	
								昭・平・令 年 月 日		円	
⑯ 労災保険から休業(補償)給付を受けている期間の傷病手当金の申請ですか。							☐ はい ☐ いいえ ☐ 労災請求中				
⑰ 上記⑯で「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元または請求先の労働基準監督署名を記入してください。							支給(請求)労働基準監督署名				
							労働基準監督署				
⑱ 介護保険法のサービスを受けたとき		保険者番号		被保険者番号		保険者名称					

⑲ 給付金の振込口座等 (※在職中の方は、事業所に振り込みますので記載の必要はありません。)

金 融 機 関	銀行 信用金庫		預金種目	口座名義(カタカナで記入してください)						
	信用組合 農 協		☐ 普通 (総合口座)	口座番号(右づめで記入してください)						
	労働金庫									
	本店		店番号(3ケタ)	☐ 当座						
支店										
出張所										

社会保険労務士記載欄	
------------	--

令和 年 月 日提出
受 付 日 付 印

- 事業主が証明するところ

記号		番号		氏名																																
1. 給与の種類		☐ 月給 ☐ 日給 ☐ 年俸 ☐ 日給月給 ☐ 時間給 ☐ 歩合給 ☐ その他()																																		
2. 賃金計算		締日	日	支払日	☐ 当月 日 ☐ 翌月 日 備考																															
3. 申請期間に対して、賃金を支給しました(します)か。 ☐ はい ☐ いいえ (「はい」の場合は別紙の報酬支払明細書に記入してください。)																																				
4. 勤務状況 出勤は○で、有給は△で、欠勤は／で、公休日は公で、それぞれ記入してください。					出勤	有給																														
令和		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			
年	月																																			
令和		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			
年	月																																			
令和		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			
年	月																																			
令和		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			
年	月																																			
事業所所在地		上記のとおり相違ないことを証明いたします。																																		
事業所名称		令和 年 月 日																																		
事業主氏名		電話 ()																																		

療養担当者が意見を記入するところ

中央ラジオ・テレビ健康保険組合 殿

傷病手当金に係る同意書

健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、貴組合が関係機関に対して照会を行うこと、また、関係機関が照会の回答をすることに同意いたします。

※関係機関とは、事業所、医療機関、調剤薬局、公的機関等を指します。

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____

連 絡 先 _____

以 上

保険給付の公金受取口座利用届

令和 年 月 日

中央ラジオ・テレビ健康保険組合 御中

保険給付の申請にあたり、公金受取口座を利用します。

(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。)

被保険者等記号番号 _____

被 保 険 者 氏 名 _____

日 中 連 絡 先 _____

【公金受取口座の利用についての留意点】

1. 公金受取口座の利用を希望される場合は、各申請・請求の都度、当該届出の添付が必要となります。当該届出の添付がない場合は、通常通りの振込となります。
(在職中の方は「事業主経由」、任意継続・特例退職被保険者の方は「加入時に登録した給付金振込口座」もしくは「申請書・請求書記載の口座」への振込となります。)
2. 情報連携により「公金受取口座の情報が取得できない場合」「公金受取口座の口座名義が被保険者氏名と異なる場合」「取得した公金受取口座への振込ができなかった場合」等の際には、被保険者に確認のご連絡をさせていただきます。連絡の取れない場合には、通常通りの振込となりますのでご了承ください。
3. 当組合が情報連携により公金受取口座の情報を取得した後に、ご自身でマイナポータル等から公金受取口座の登録変更をした場合には、変更前の公金受取口座に振り込まれる場合があります。

以上