

現役の被保険者本人が休職した場合のみ申請できます

定 伺

資格	取得 年 月 日 喪失 年 月 日	支給期間 自 年 月 日 至 年 月 日 日間	回数 回	担当	会計	事務長	常務理事	台帳
前回	開始 年 月 日	変更年月 年 月 日	月額 千円	日額 円	法定給付日額 円		付加金日額 円	
	前回終 年 月 日	変更年月 年 月 日	月額 千円	日額 円	法定給付日額 円		付加金日額 円	
決裁	年 月 日	支給金額 (①+②) ¥		① 手当金 ¥		② 付加金 ¥		
<input type="checkbox"/> 104 条該当 日間差額支給 件一括 延長該当日 年 月 日 ~		①手当金		②付加金				

書類の提出日を記入

傷病手当金・付加金
延長傷病手当付加金

請 求 書

平成 22 年 5 月 10 日

OC の場合はロケも記載

請 求 者 記 入 欄	被保険者氏名 健保 太郎 (印)	現住所(〒 600 - 8530) 京都市下京区塩小路通堀川東入南不動	OC の場合はロケも記載	
	被保険者証記号・番号 自署の場合は 押印不要	標準報酬月額 千円	事業所・所属 オムロン株式会社 (K) 健保	
	発病又は負傷 日	傷病名 休職する要因となった病名		
	発病又は負傷の原因			
入 院 欄	病気がけがで療養のため休んだ期間 平成 22 年 4 月 21 日 ~ 20 日 30 日間	左記期間中に報酬を ● 受けた 白丸受けられる ○ 受けない ○ 受けられない	空欄でも OK です	
	病院に入院したとき 実際に会社を休んだ期間を記入	病院名	所在地	見舞金 / 交通費などが支給される場合
	障害(基礎・厚生)年金又は障害手当金を受給していますか(いずれかに○印を)	○いいえ ●請求中 ○はい		
(任意継続被保険者・資格喪失者の方)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		●いいえ ○請求中 ○はい		
(退社者記入欄) 振込希望銀行 振込希望銀行	本人退職や死亡のタリシテ 申請する場合のみ記載	支店	口座の名義 (カタカナ)	口座番号 普通
療 養 担 当 医 師 意 見 欄	傷病名	本請求期間中の入院期間 平成 年 月 日 ~	障害年金などを申請される場合は、事前にオムロン健康保険組合までご連絡ください	
	発病または負傷 年 月 日	発病または負傷の原因		
	労務不能と認めた期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 日間	左記期間の診療実日数 日間	療養開始日 年 月 日	
	傷病の主症状および経過概要	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 住 所 医 師 病 院 名 氏 名		

※ 振込先は退職後に請求される場合は必ず記入してください
※ 次頁の注意事項をよく読んでから記載してください

※ 事業主証明は別紙に記載すること

※ 記載上の注意

1. 傷病手当金とは被保険者が病気やけがをして医師の指示により療養のため会社を休んだことにより給料を受けなかった場合、給料が減額された場合に支給されます。
2. 支給開始日より1年6ヶ月間を限度として1日につき標準報酬日額の2/3(傷病手当金)、25/100(付加金)を支給します。
また、その後1年6ヶ月間を限度として、1日につき標準報酬日額の40%(延長傷病手当付加金)を支給します。
なお、上記の支給期間中に
 - ① 会社よりの給与
 - ② 障害(基礎・厚生)年金又は障害手当金
 - ③ 任意継続被保険者・資格喪失者については、他に老齢又は退職を事由とする公的年金の支払い又は給付があった場合は上記の支給が行われたとみなし、その金額の範囲内で支給金額を減額し、または支給停止します。また、支給期間中に退職された場合は、付加金の支給はありません。
3. 在職中の請求には事業主証明欄の記入および代表者印が必要です。
4. 「診療開始日」欄にはその傷病について健康保険で療養の給付を受け始めた日を記載してください。
また、同一疾病で転医の場合は最初の診療開始日を記載してください。
5. 発病または負傷の原因が第三者行為による場合は負傷の日時／場所／加害者の住所氏名および示談解決の内容を記載した「第三者の行為による傷病届」を添付してください。
6. 印ははっきりと押し、印もれのないように、また記載内容の訂正の場合は棒線にて抹消のうえ改めて記入し、各記入者(本人／事業主／医師)印をもって訂正印を押印してください。
7. 記載欄が狭くて必要事項の記入困難なものについては別紙に記載し(事業主印要)本書に添付してください。
8. 退職予定および退職後の請求の場合のみ、「振込希望銀行」を記入ください。
9. 「支給決定」は、『医療費のお知らせ』に掲載します。