【送付先】神崎川オフィス　SBP　人事　傷病手当金申請窓口
※一部のグループ会社は人事担当者へ提出ください

傷病手当金・傷病手当金付加金請求書（第　　回）

被保険者が記入する欄

被保険者証の	記号		会社名		所　属	
	番号		事業所		氏名No.	

傷病名		発病または負傷の日	令和　年　月　日
発病または負傷の原因		第三者行為によるものですか	はい　・　いいえ
傷病の療養のために休んだ期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	左記期間中の報酬	受けていません 受けました

＊障害厚生年金または障害手当金を受けている方、受ける予定のある方は、以下をご記入ください。
※年金額等が証明できる直近の書類の写しを添付してください。

受給の原因となった傷病名					
受給開始日	昭和 平成　年　月　日 令和	年金番号		年金額	円

＊老齢または退職を事由とする公的年金を受けている方、受ける予定のある方は、以下をご記入ください。
※年金額等が証明できる直近の写しを添付してください。

受給開始日	昭和 平成　年　月　日 令和	年金番号		年金額	円

入院したとき	医療機関の名称 所在地	
	入院期間	令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで　日間

上記のとおり請求いたします。
令和　年　月　日
被保険者 住所　〒

氏名（戸籍名）

塩野義健康保険組合理事長

この届出は、申請者本人（被保者）が作成したものに相違ありません
確　認　欄　☐

受取委任の欄

本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。
※給与支払いでの給付手続きを事業主に依頼するため必要ですので、必ず記入してください。
（任意継続・継続給付の方は当欄への記入は不要です）

令和　年　月　日　被保険者氏名（戸籍名）

医師の証明

傷病名		傷病の原因	
発病・負傷の年月日	令和　年　月　日	療養の給付を開始した年月日	令和　年　月　日
労務不能と認めた期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	左期間中の診療日数	日間
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。
令和　年　月　日
住所（所在地）
医療機関名
医師の氏名

事業主の証明		
	労務に服さなかった期間	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで　　　　日間

下記の欄は労務に服さなかった期間の勤怠をご記入ください。
出勤は○、早退は●、年休は△、休日（会社が休みの日）は休、欠勤・休職等は×で表示してください。

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
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
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

記載担当者氏名：

上記期間中に報酬を支給したとき
令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日　まで　　　日間

		日　額	月　日～　月　日分	月　日～　月　日分	備　考
内訳	基準給与（WS手当含む）	円	円	円	
	通勤費	円	円	円	
	健康観察出勤手当	円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
	計				

		日　額	月　日～　月　日分	月　日～　月　日分	備　考
内訳	基準給与（WS手当含む）	円	円	円	
	通勤費	円	円	円	
	健康観察出勤手当	円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
	計				

記載担当者氏名：

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　　年　　月　　日

事業主　住　所
　　　　名　称
　　　　氏　名

健保組合受付

注意事項・添付書類等

＊　第1回目のみ同意書を提出してください。
＊　傷病手当金は支給開始から1年6ヵ月を限度として、休んだ日1日につき直近12カ月の標準報酬月額平均額の1/30の3分の2相当額・傷病手当金付加金2割が支給されます。
＊　鉛筆書、記入漏れは受け付けられません。
＊　任意継続・継続給付の方は、毎回「療養状況報告書」を提出してください。