記入例

①～⑫はどなたも必ず記入してください
記入がない場合は返戻いたします
⑦⑧上部の選択肢も必ず該当するものに

承認印	常務理事	事務長	係

事業主(会社)に提出した年月日を記入してください

できるだけ詳細に記入してください
記入がない場合は返戻いたします
具体的でなかったり詳細でない場合は再提出を依頼することがあります

傷病手当(付加)金請求書

（第　回）

被保険者が記入する欄

①請求書提出年月日	令和 7 年 7 月 2 日				＊1枚目どなたも必ずご記入ください
②被保険者証の記号・番号	記号 ●●●	番号 ▲▲▲▲		③被保険者氏名	健保 太郎 (健保)
④被保険者現住所	〒 180-00××　東京都武蔵野市〇〇1-1-1 日中連絡の取れる電話番号(0422-××-□□□□) □勤務先☑自宅□その他				
⑤傷病名	うつ病		⑥発病または負傷の年月日	昭 平 (令) 7 年 1 月 頃 日	
⑦会社での業務の種別(具体的に)	【主なものにマル … (デスクワーク) ・ 立ち作業 ・ 重量物を持つなど、体力を使う作業】 具体的に 〔基本的には1日中、PCに向かって座って仕事をしている。1か月に1回程度、泊りの出張がある。〕				
⑧発病または負傷の原因(具体的に)	【通勤途上や業務上で負傷または発病したものですか…… はい ・ (いいえ)】 【第三者の行為によって負傷したものですか …… はい ・ (いいえ)】 具体的に 〔元々寝つきの悪い方であったが、令和7年1月頃から家庭内トラブルの影響もあり殆ど眠れなくなったため、精神科を受診したところうつ病と診断された。〕				
⑨傷病の療養のため休んだ期間	平成／(令和) 7 年 6 月 1 日から 平成／(令和) 7 年 6 月 30 日まで			30 日間	本請求書1部で請求できる期間は、3か月までです。⑨は本請求書での傷病手当金請求希望期間を記入してください。
⑩振込先口座(被保険者名義)	銀行名 みずほ	銀行コード 1	口座番号 (1.普通) 2.当座 ×××××××		
	支店名 三鷹	支店コード 247	名義(カタカナ) ケンポ タロウ		

傷病手当(付加)金の受領を事業主に委任する場合ご記入ください。(会社

委任状

事業主(会社)に受取を委任できるのは、事業主に承認を受けている場合のみです
承認のない場合は記入しないでください

この欄については
「実際に会社を休んだ期間」ではなく、
「当請求書で、傷病手当金を請求したい期間」
を記入してください
※特に初回請求の方はご注意ください

日　被保険者氏名

障害年金を受けているとき、または、受けられるときご記入ください。(年金請

年金の種別(該当するものすべてに〇)	A. 障害基礎年金 B. 障害厚生年金 C. 障害手当金	年金総額	円	なった傷病名
支給開始年月日	昭 平 令 年 月 日			—

傷病手当金支給後に年金の受給が判明した場合は、返還請求いたします

退職者の方が老齢年金を受けているとき、または、受け

年金の種別	A. 老齢基礎年金 B. 老齢厚生年金	年金総額	円	番号 —
支給開始年月日	平成 令和 年 月 日	年金コード		

受付日付印

横河電機健康保険組合

令和7年7月改訂

【個人情報の取り扱いについて】

本請求書に記入された個人情報は、本請求書に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。

【個人情報の取り扱いについて】
本請求書に記入された個人情報は、本請求書に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。

⑪被保険者証の記号・番号	記号	●●●	番号	▲▲▲▲	⑫被保険者氏名	健保　太郎

①～⑨まで[illegible]書1部で請求できる期間は、3か月までとなっております。

医療機関で医師に記入してもらってください

忘れずに記入してください

療養を担当した医師の意見記入欄

①傷病名			
②発病または負傷原因の詳細			
③傷病の主状態および治療内容・経過概要の詳細			
④発病または負傷の年月日	昭和 ／ 平成 ／ 令和　年　月　日		
⑤療養の給付を開始した年月日	昭和 ／ 平成 ／ 令和　年　月　日		
⑥労務不能と認めた期間	平成 令和　年　月　日から　平成 令和　年　月　日まで　日間	⑦左の期間の診療実日数	日間

⑧診療日(○で囲む)

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
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
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

⑨上記のとおり相違ない事を証明する。

令和　年　月　日

住　所
医療機関名
氏　名　印

事業主証明欄

Ⓐ労務に服さなかった期間	平成 令和　年　月　日から　平成 令和　年　月　日まで　日間	＊休職で無給の場合は、Ⓓ欄にその旨記載してください ＊無給の場合も、給与明細等を添付してください

Ⓑ上記期間中の出勤・有給・公休・欠勤を【出勤・・・○、有給・・・△、公休・・・公、欠勤・・・／】でそれぞれ記入してください

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
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
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

Ⓒ Ⓐの期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況	平成 ／ 令和　年　月　日から	日間		(備考)
	平成 ／ 令和　年　月　日まで		円	
	平成 ／ 令和　年　月　日から	日間		
	平成 ／ 令和　年　月　日まで		円	
	平成 ／ 令和　年　月　日から	日間		
	平成 ／ 令和　年　月　日まで		円	
Ⓓ報酬を支給しない場合、その旨				

Ⓔ上記のとおり相違ない事を証明する。

令和　年　月　日

住　所
事業所名
氏　名　印

横河電機健康保険組合