

※ 組 合 記 入 欄	支給額	円	支給期間	自至	年 月 日	日間
	支給内訳	傷病手当金	円	前回 支給期間	自至	年 月 日
	標準報酬月額	千円 (/)		摘要		
年金額	円 (日額 円)					

傷病手当金請求書 305 (第 ○ 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 被保険者の 記号	1 2 3		(2) 事業所の 名称	(会社名)			
	(1) 被保険者の 番号	4 5 6 7 8 9		(2) 事業所の 所属	(所属名)			
	(3) 傷病名	〇〇〇病		(4) 療養のため 休んだ期間 中に報酬の 支払を受けた 場合その 期間と金額	全期間	自令 ○年 ○月 ○日	日間	
	(5) 発病又は負傷の 原因	〇〇〇〇〇のため			至令 ○年 ○月 ○日	年休・有給	円を受けた	
	(6) 負傷は 第三者行為に よるものですか	いいえ	はい (負傷届等提出)		一部の 期間	自令 年 月 日	日間	円を受けた
	(7) 発病又は負傷の 年月日	令和 ○年 ○月 ○日			その他	令和 ○年 ○月 ○日	より無給	
	(9) 障害年金 障害手当金 老齢厚生年金等 受けていますか	いいえ	はい (証書写等提出)	(8) 業務の種類	(詳しく) 〇〇〇の業務			
	(10) 療養のため 休んだ期間			自令 ○年 ○月 ○日	〇〇日間			
	(11) 振込銀行名	銀行		種別	口座番号			
	(資格喪失さ れた方のみ)			支店	(フリガナ)			
			普通 当座	名義人				
委任する ところ	令和 ○年 ○月 ○日 上記のとおり請求します。							
	南海電気鉄道健康保険組合理事長 殿							
	私は請求に関する一切の事務を (庶務担当者の氏名) に委任いたします。							
	被保険者の							
	住所 (住所) TEL (日中の連絡先)							
	氏名 (氏名) (裏・2枚目にも記入すること)							

20220401 改訂

◎請求上の注意

- この様式は、被保険者が傷病で労務不能の為に会社の勤務を休み、休んだ期間の報酬等の支払を軽減又は受けられない場合に請求するものです。記入するとき鉛筆は使用しないで下さい。氏名は裏・2枚目にも記入して下さい。
- この請求をするときは「療養を担当した医師の意見」の証明を受け、事業主の証明を受け勤務表(台帳)を添付して健保組合に提出して下さい。支給決定に際し、別途、必要書類等の提出を求め場合があります。
- (4)欄は、年休・有給の場合、該当するものを○で囲み、また、給与等を受けた期間と金額を記入して下さい。
- (8)欄は、仕事の内容(退職の方は、退職直前)を記入して下さい。
- (9)欄は、労務不能であった期間に、障害年金・老齢年金等の差額を請求される場合は、証書等の写しを添付して下さい。
- (11)欄は、資格喪失された方のみ記入して下さい。

ご本人の同意なく本目的外に使用いたしません。現職の方は事業主経由にて手続き・支払いを行います。

南海電気鉄道健康保険組合

氏名	(被保険者氏名)		※1 2枚目印刷のときは必ず記入して下さい。(裏・2枚目)			
事業主の証明	労務に服さなかった期間	自令 ○ 年 ○ 月 ○ 日	○ ○ 日間	至令 ○ 年 ○ 月 ○ 日		
	上記期間中の分として支払う報酬額	自令 ○ 年 ○ 月 ○ 日	○ 日間	至令 ○ 年 ○ 月 ○ 日	全額 年休・有給	
		自令 年 月 日	日間	至令 年 月 日	一部支給額	円
		令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	日より無給			
上記の通り相違ないことを証明します。 令和 ○年 ○月 ○日 事業主 住所 (事業所の住所・事業所名) 氏名 (所属部署・事業主氏名) TEL (事業所の電話番号)						
療養を担当した医師の意見	傷病名	○○○病		傷病又は負傷の原因	○○○○○のため	
	発病又は負傷の年月日	令和 ○年 ○月 ○日		療養の給付開始年月日	令和 ○年 ○月 ○日	
	労務不能と認められた期間	自 令和 ○年 ○月 ○日	○ ○ 日間	至 令和 ○年 ○月 ○日	労務不能期間中の診療実日数	
	傷病の主症状及び経過概要と入院期間	○○○から□□□の症状 入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日 日間				
	上記の通り相違ありません。 令和 ○年 ○月 ○日 医師 住所 (医療機関の住所) 医療機関名 (医療機関名) 氏名 (医師の氏名) TEL (医療機関の電話番号)					
障害年金、障害手当金を受けているとき、又は受けることができるとき	年金の種別	障害年金・障害手当金	年金額	円	年金の支給事由となった傷病名	
	年金を受けることとなった年月日	年 月 日		障害年金を受けている場合は基礎年金番号・年金コード		
資格喪失者の任意継続被保険者の方	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				はい・請求中・いいえ	
	老齢年金の(退職)名称	基礎年金番号及び若しくは年金コード又は番号	受給年月日	年 金 額		
			年 月 日	円		
			年 月 日	円		
		年金の合計額		円		