

請求者情報	被保険者等の記号・番号		被保険者 (請求者) の氏名	フリガナ			
	記号	番号		ケンボ タロウ			
	〇〇〇	12345	健保 太郎				
	被保険者 (請求者) の住所	〒 000-0000 〇〇県△△市××町1-2-3		電話番号(日中の連絡先)	123-456-7890		
	事業所 (会社)名称	株式会社〇〇〇〇〇					
申請内容	傷病名		胃潰瘍				
	発病又は負傷年月日		〇〇 年 3 月 1 日 (頃)				
	該当の傷病は病気ですか、 ケガ(負傷)ですか。		病気 ・ ケガ ⇒ 負傷原因届を併せて ご提出ください				
	療養のため休んだ期間 (申請期間)		〇〇 年 3 月 1 日から 〇〇 年 3 月 31 日まで 31 日間				
あなたの仕事の内容(具体的に) (退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)		プログラマー					
被保険者が記入するところ 確認事項	休業期間中の報酬	上記期間部分の報酬をうけましたか、又は 受けられますか	受けた	受けられる	受けない	受けられない	
		報酬の支払を受けた(受けられる) とき、その期間とその額	年 月 日 から	の分として		円	
	障害・厚生年金の受給	受給の有無	有	無	・ 請求中 (年 月から受給)		
		「有」または「請求中」と答えた場合	基礎年金番号				
			受給病名				
	退職後の公的給付	老齢または退職を事由とする 公的年金・給付を受給の有無	有	無	・ 請求中 (年 月から受給)		
		「有」または「請求中」と答えた場合	公的年金・給付名称				
			基礎年金番号				
	労災給付	今回の申請は労災保険から休業補償給付を 受けている期間のものですか	はい	いいえ	・ 労災請求中		
		「はい」または「労災請求中」と答えた 場合	支給元(請求先)の 労働基準監督署		労働基準監督署		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">※初回申請時のみ</div> 同意書							
<p>富士ソフト健康保険組合 理事長殿</p> <p>健康保険法に基づく傷病手当金について、富士ソフト健康保険組合が関係機関に対して、健康保険加入記録・保険給付記録・療養の給付記録・年金記録等の情報照会を行い関係機関が回答すること、また関係機関が富士ソフト健康保険組合に対し照会を行い、富士ソフト健康保険組合が回答することに同意いたします。</p> <p>※関係機関とは、前加入保険者、医療機関、日本年金機構、事業所、公共職業安定所、労働基準監督署、警察署等を指します。</p> <p>※照会が複数となる場合、本同意書の写しも有効とさせていただきます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名 健保 太郎</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; color: blue; font-weight: bold;">第二回目以降は記入不要です</div>							
公金受取口座	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>※ 振込先が給与(賞与)の振込口座と同じである場合は、記入不要です。</p> <p>※ 「受取代理人の欄」に記入がある場合は、受取代理人の口座に給付します。</p> <p>※ 給付日直前の変更や登録内容に誤り等があった場合は、給付日が遅延(翌月以降)する場合があります。</p> <p><input type="checkbox"/> 注意事項を確認しましたので、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。</p> </div>						
添付書類	公的年金、給付を受給又は請求中の方は、証書の写し並びに直近の支給額通知書の写しを添付して下さい。						

受付日付印

事業主が証明する欄	被 保 険 者 名	健保 太郎		
	労務に服さなかった期間	〇〇 年 3 月 1 日から	31 日間	
		〇〇 年 3 月 31 日まで		
	上記の期間中、報酬を全額又は一部支給しますか	支給する ・ 現在までまた将来も支給しない		
	添付書類	上記期間中の出勤簿写と欠勤控除式を記入した給与明細書の写		
上記のとおり相違ないことを証明します。				
年 月 日				
住所 〒				
事業主				
氏名				
TEL				

療養を担当した医師が意見をかくところ	患者名		傷病名		
	発病又は傷病の年月日	年 月 日			
	療養の給付開始年月日 (初診日)	年 月 日			
	発病又は負傷の原因				
	労務不能と認められた期間	労務不能期間については療養開始日以降、記載日以前の分につき証明願います。			
		年	月	日	から
		年	月	日	まで
	診療 実日数	日	診療日を ○で囲んで 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
労務不能と認められた医学的な所見を詳しく御記入願います。(主症状・経過・治療内容・検査結果など)					
上記のとおり相違ありません。					
年 月 日					
医療機関の所在地					
医療機関の名称					
TEL					
医師の氏名					
お願い	医療機関の所在地、名称等はゴム印を押してください。				

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			
	年 月 日			
	被保険者 (請求者)	住所 〒		
		氏名		
	代理人	住所 〒		
氏名				
受取口座		銀行・金庫・農協		本店・支店
	普通・当座	口座番号		
	口座名義			