

健康組合記入欄	支給期間		支給金額		支給決定日 令和 年 月 日			
	自 令和 年 月 日 日間		円		常務理事	マネジャー	リーダー	担当者
	至 令和 年 月 日 (残日数 日)							
	支給開始日	算出基礎	日額	円×2/3×	日間＝	円	円	
	令和 年 月 日	(108条)	日額	円 ×	日間＝	円		
前回最終支給日	(備考)							
令和 年 月 日								

健康保険 傷病手当金請求書 (第 回)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号-番号	—		被保険者 氏名	(フリガナ)			
	現住所	〒 —			生年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日 請求時の年齢()歳		
	勤務(した) 事業所名			具体的な 仕事内容				
	資格取得 年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	資格喪失 年月日	令和 年 月 日	※資格取得後2年未満での休職の方は 初回請求時に「同意書」を添付してください。			
	傷 病 名			発病または 負傷の原因	(□労災 □第三者行為 □どちらでもない)			
	療養のため 休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日		までの合計	日間			
	障害年金の 受給について	障害(基礎・厚生)年金または障害手当金を受けていますか? □ はい □ いいえ □請求中 ⇒「はい」「請求中」と回答した方は、金額や内容が確認出来る通知書の写しを添付してください。						
	老齢年金の 受給について	【任意継続被保険者および退職者のみ】 老齢年金または退職共済年金を受けていますか? □ はい □ いいえ □請求中 ⇒「はい」と回答した方は、金額や内容が確認出来る通知書の写しを添付してください。						

確 認 欄	本請求について、下記の項目を確認しました。 令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> ①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者又は請求者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 <input type="checkbox"/> HP「給付に関する事項」等、個人情報保護方針を確認し、同意した。 <input type="checkbox"/> 内容に関し、健康保険組合が医療機関等に照会する必要がある場合は同意する。

受付日付印

【退職者のみ】 振込希望先	金融機関名	銀行・信用金庫		本店・支店・出張所
	預金種別	普通・当座・その他	口座番号	
	ゆうちょ銀行 記号-番号			
	口座名義(フリガナ)		()	

<手続き上の注意点>

- ・記入漏れがある場合は不備扱いとなりますので、必ず全ての項目を確認し提出してください。
- ・確認欄にはチェックを入れてください。
- ・年金関係書類の写しは、変更があった都度、新しいものを提出してください。
- ・労災に該当する場合は健康保険の適用外ですので事業主にお申し出ください。

MBK連合健康保険組合

