一枚目を表、二枚目を裏にして印刷して下さい。
1. 下記記入見本を参考に「被保険者記入欄」に請求者本人が記入・押印する
2. 「療養を担当した医師の意見欄」に担当医師の証明を貰う。
3. 各所担当室へ提出する。（毎月７日健保必着が締切ですので、それに間に合うように担当者に出して下さい。

支給	決定	受付
日付印	日付印	日付印

等級	月額	日額	健保組合 常務理事	事務長	担当者	事業所担当者の確認印
等級						日付印

支給期間
自 令和 年 月 日
至 令和 年 月 日 日間

支給内訳	傷病手当金	傷病手当附加金	延長傷病手当附加金	合計
	円	円	円	円

傷病手当金・傷病手当金付加金 延長傷病手当金付加金 請求書〔第 1 回〕

被保険者記入欄

健康保険被保険者証		申請日	令和 年 月 日
記号	番号	事業所名	株式会社 UACJ 名古屋製造所
100	9999	所属（または出向先）	鋳造課
被保険者の氏名		被保険者住所（退職者のみ記入）	〒
（氏）健保 （名）太郎 健保㊞ 氏名を本人自ら署名した場合の押印は不要			

請求期間	令和 4 年 6 月 1 日から 令和 4 年 6 月 30 日まで 30 日間	第三者行為によるものですか	はい・いいえ
傷病名	椎間板ヘルニア		
発病・負傷の原因	不詳		
年金等受給状況	・無 ・有（右記いずれかに○） ・老齢年金等 ・障害年金等（傷病名： ） ・雇用保険の受給（予定）		
年金等有の方のみ記入	受給額（年額） 円	受給開始月	年 月

私は、今月（傷病手当金受給月）障害年金、老齢厚生年金等（在職老齢年金を除く）および雇用保険を受給していないことを証明します。万一受給していた場合は、傷病手当金（差額相当額）をお返しすることをお約束いたします。

令和 4 年 6 月 28 日 被保険者氏名 健保 太郎 健保㊞

※上記「年金等受給状況」で無に○をつけた方のみ、証明欄に記名・押印して下さい。 ※自ら署名した場合も必ず押印ください

※訂正する場合は、二重線で訂正の上で訂正印を押印ください。

※年金等を受給している場合は、初回申請時に年金証書（写）を添付してください。（受給額の変更があった時には再度添付してください。）

委任状

私は を代理人と定め、次の権限を委任する。

年 月 日請求した傷病手当・傷病手当附加金のうち

金 円也の受領に関すること。ここの金額欄は 記入不要です

年 月 日

被保険者（請求者） 住所 名古屋市〇〇区 ＊＊－＊＊－＊＊

氏名 健保 太郎 健保㊞

代理人の 住所

氏名 ㊞

※必ず押印ください

振込希望の金融機関名 金庫 銀行 組合 支店 普通 当座 No.

※振り込み先の金融機関を変更したい場合は、健康保険組合まで申し出てください。

2枚組のうち1枚目
UACJ健康保険組合 給付-3

事業主の証明欄

出勤→出、欠勤→欠、休日→〇、有休→有、病待→待、特福→福、病欠→×、代休→代

△	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	待	待	待	×	×	〇	〇	×	×	×	×	×	〇	〇	×	×	×	×	×	〇	〇	×	×	×	×	×	〇	〇	×	×	×

欠勤減額の取扱い（右記のいずれかに○）	・労働日のみ減額 ・1/30日分を減額		
労務に服さなかった期間	4 年 6 月 1 日から 4 年 6 月 30 日まで 30 日間		医師の証明日
休職給支給の有無	有・無	休職給支給のある場合	日額 円
休職給を支給した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		

以上のとおり相違ないことを証明します。 4 年 6 月 30 日

事業主または代理人

所在地

氏名 ㊞

連絡先氏名		連絡先電話番号	

療養を担当した医師の意見欄

傷病名	主病	椎間板ヘルニア	
発病または負傷の原因	不詳		
発病または負傷の年月日	4 年 6 月 日	療養の給付を開始した期日（初診日）	年 月 日
労務不能と認めた期間	4 年 6 月 1 日から 4 年 6 月 30 日まで 30 日間	左の期間中の実診療日数	3 日

労務不能と認めた理由（自覚的症状、他覚的所見など）、治療経過について詳しくご記入ください

医学的に見て、今後就労の可否	可能・不能	可能な時期	年 月頃
		不能な理由	
症状は固定	している・していない	症状固定年月日	年 月 日
		今後の療養見込期間	年 月頃まで

上記のとおり相違ありません。

4 年 6 月 28 日

医療機関 所在地 名古屋市港区港明1丁目0番6号

名称 独立行政法人労働者健康福祉機構

電話 中部労災病院

医師氏名 年金 史郎 年金㊞

※訂正する場合は、二重線で訂正の上で訂正印を押印ください。

2枚組のうち2枚目
UACJ健康保険組合 給付-3