

常務理事	事務長	調査	G L	担当	

傷病手当金請求書(その1)

(第 回 目)

三菱マテリアル健康保険組合

〔被保険者の
注意事項〕

5. 4. 3 2. 1.

提出時には(その1)~(その2)を合せて提出願います。また請求書の紛失を避ける為、その2にある保険証の記号・番号・氏名等は必ず記載願います。
 ⑨には具体的に記載してください。
 ②⑤の欄は、それぞれ該当する文字を丸で囲んでください。また、⑩⑪⑬の⑦、⑮、⑯の⑦は、それぞれ該当するほうに✓を入れてください。なお、⑬の⑦は、請求書を提出するとき現在までのことを「受けた」、「受けられない」に、また将来のことを「受けられる」、「受けられない」にわけて、それぞれ該当するほうに✓を入れてください。
 資格喪失後に請求する場合は、⑯の欄余白部分に被保険者振込口座を記入してください。
 個人情報の取扱いについて
 この請求書に記載の個人情報、この給付金の支払業務に関して利用します。この請求・支払手続きは、事業主を経由して請求し、給付金が支払われることに同意されたものとして処理します。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号 番号		② 被保険者の 氏名と生年月日 S・H 年 月 日(歳)	④ 印		
	③ 被保険者の 現住所 (郵便番号) ー	(電話番号)				
	④ 事業所の 名称					
	⑤ 被保険者 資格を取得 した年月日 S 年 月 日 H	⑥ 被保険者の 業務内容				
	⑦ 発病または 負傷年月日 平成 年 月 日	⑧ 傷病名				
	⑨ 発病の状態 または負傷原因 及び現在の 状況を詳しく					
	⑩ 第三者行為 による負傷 ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	⑪ 第三者行為 によって負 傷したときは	その届出の有無 第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> いいえ		
	⑫ 発病または負傷の療養 をするため休んだ期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		日間			
	⑬ ⑦ 上の⑫に書いた期間の分の報酬(賃金)を受け ましたか、または受けられますか <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けられない <input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> 受けられる		平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで の分として 円			
	⑭ 上の⑫に書いた期間中に 医療機関を受診した場合		⑯ 病院名	⑰ 病院の所在地		
⑮ 年金受給の有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		ある場合その種類			
⑯ ⑦ 介護保険サービス利用の有無		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				
⑰ 「ある」の場合、保険者番号・被保険者 番号・保険者名称		保険者番号	被保険者番号			
		保険者名称				
⑱ 上記給付金の受領方を右の者に委任します。 平成 年 月 日 住所 事業所名 被保険者名 ⑲ 代理受領者 ⑲ 印						

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

受付日付印

