

# 傷病手当金（付加金）請求書（第 1 回目）・同意書

※鉛筆や消せるボールペンで記入されたものは受付できません

提出日 令和 △ 年 5 月 25 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	ホンダ健康保険組合 理事長殿			
	私は、健康保険法に基づく保険給付請求等に関し、私にかかる診療報酬明細書及び関係書類（傷病手当金受給記録・加入履歴等）についてホンダ健康保険組合が、当該機関に対して請求された内容照会を行うこと、および当該機関が内容照会の回答をすることに同意します。			
	令和 △ 年 5 月 25 日 被保険者氏名 健保 太郎			
	記号	0123	番号	000000
	生年月日	昭和 △△ 年 5 月 8 日		
	被保険者の 住民票住所	〒 351-0101 TEL 000-0000-0000 埼玉県〇〇市××4-5-6		
	事業所名 (部課・店名)	TEL 000-0000-0000 (内) (株)〇〇会社〇〇製作所		
	発病負傷の 年月日	令和 △ 年 3 月 5 日	資格 取得日	昭和 平成・令和 △ 年 8 月 21 日
	※資格取得日が請求年月日の1年半未満の場合は、1回目の請求のとき前健保への照会の同意書も提出してください			
	発病又は 負傷の原因	(傷病名) 左大腿骨骨折 ※具体的に記入して下さい 原因 3月5日、自宅2階から階段を転落し骨折した。受診したところ、骨折が判明し翌日入院し手術を受けた。 傷病の原因は第三者の行為、交通事故・ケンカ等によるものですか? いいえ 労災に該当していますか? 非該当 労災ではない		
療養の状況	療養の状況（日々の過ごし方、医療機関の受診、医師からの指示など）について具体的に記入して下さい 現在ギブスによる固定をおこなっている。5月よりリハビリ開始予定。 尚、12月に再度抜釘の手術が予定されている。			
休業期間 (今回の請求期間)	令和 △ 年 3 月 6 日から 令和 △ 年 4 月 30 日まで 55 日間			
仕事の内容 (具体的に記入) ※退職者は退職前の仕事	ライン業務（工具を使った部品取付け業務）			
障害厚生年金、又は、 老齢厚生年金を受給 していますか?	はい	⇒ 必ず申請毎に振込通知書（写）を添付してください ※初回の場合は、年金証書（写）を添付してください		
	いいえ	裁定請求中	⇒ 年金支給額が確定次第、年金証書（写）と 振込通知書（写）を提出して下さい	
		受給の要因 となる傷病名		
(病院名)	××整形外科医院			
※第1回目のみ記入して下さい。第2回目以降は記入不要です。				
送金先 金融機関名 (被保険者の口座)	×× 銀行	〇〇 支店	口座番号 (普) フリガナ ケホ タウ	
金融機関コード ( 0000 )	支店コード ( 000 )	口座名義 健保 太郎		
※ゆうちょ銀行を選択された方は、預金通帳の表紙裏のコピー（記号・番号の印字されている面）を添付してください				

必ず押印すること

健保

同意書

以前に加入していた健保  
●●健康保険組合

上記期間中の「土  
たス症状及アズ

被保険者→医療機関→勤務先総務部門→健康保険組合→被保険者  
(任意継続被保険者→医療機関→健康保険組合→任意継続被保険者)

受付日付印

