

前回	始		満了日		回数		支給済日数		備考
	終						残日数		

ソニー健康保険組合 理事長 殿

傷病手当金・傷病手当金付加金 請求書

被保険者が記入するところ（記入漏れのないよう要確認）	◆請求者確認欄 (チェック必須)		<input type="checkbox"/> 記載内容については、請求者(被保険者)本人が記入・確認しました。 <input type="checkbox"/> 在職中の給付金は事業主(⑦の本籍会社)経由で受領します。								
	①被保険者証の記号-番号		記号		番号		②被保険者の氏名				
	③被保険者の生年月日		昭和 平成		年 月 日		④被保険者の資格取得年月日		昭和 平成 令和		
	⑤被保険者の住所 <small>※支給決定通知書等の書類送付先となります</small>		〒 -								
	⑥日中連絡の取れる電話番号・メールアドレス <small>※お問い合わせの際に使用します(複数可)</small>		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 : <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 : メールアドレス :								
	⑦被保険者の本籍会社名		<small>※出向中の方は出向元会社(給与の支払を受けている会社)</small>								
	⑧被保険者の業務の種別		<input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 開発 <input type="checkbox"/> 設計 <input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> 販売 <input type="checkbox"/> その他()								
	⑨傷病名				⑩発病又は負傷の年月日		平成 令和		年 月 日		
	⑪傷病の療養をするために休んだ期間		令和		年 月 日 から		令和		年 月 日 まで 日間		
	⑫発病(負傷)時の状況を詳しく記入して下さい		<small>※ケガの場合は日時、行動、状況などを含めて詳しくご記入ください</small>								
	⑬⑪の期間に対する報酬はありますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		⑭⑪の期間中、労災保険から休業補償給付を受けていますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> いいえ				
	⑮「障害手当金」又は「障害年金」を受けていますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> いいえ ↳「はい」の場合は「年金証書(写)」を添付		⑯⑮が「はい」「申請中」はその傷病名						
	⑰⑮が「はい」の場合はその年額に変更がありましたか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ↳「はい」の場合は「年金額改定通知書(写)」を添付								
<h3>同意書</h3> <p>ソニー健康保険組合 理事長 殿</p> <p>健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、ソニー健康保険組合が関係機関に対して、給付記録・療養の給付記録・診療履歴・年金等 他の法令による保険給付受給に関する情報等の照会を行うこと、及び関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。また、上記照会を行うにあたり、ソニー健康保険組合が当該機関等に対して、必要な範囲内で照会に関する説明を行うことについて了承致します。</p> <p>※関係機関とは、前加入保険者、医療機関、年金事務所、勤務先事業所、及び負傷に関わった団体等を指します。</p> <p>※照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。</p> <p>被保険者証の記号-番号: _____ 被保険者氏名: _____</p> <p>被保険者住所: _____ 記入日: 令和 年 月 日</p>											

《裏面につづく》

↓
退職者は退職時の業務にチェックして下さい

退職者・退職予定者	この請求書を提出する時点で既に退職している方または1か月以内に退職予定がある方は記入									
	退職している退職の予定あり		→ 令和 年 月 日 退職(予定)				任意継続被保険者、特例退職被保険者は記入不要			
	振込先口座 ●どちらか一方を記入		銀行		普通 店番		口座番号			
		支店		当座		(フリガナ)				
郵便局		記号(5桁)		番号(8桁)		氏名				
<input type="checkbox"/> 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。 <small>(注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small>										

〔注意事項〕

- 訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し訂正のうえサインをして下さい。
- 提出された請求書及び添付書類については返却致しません。(不備書類の場合を除く)
- 内容により、保険者から照会させていただく場合がありますので、予めご了承下さい。

受 付 印

《記入例》在職中の方（1ヶ月以内に退職予定のない方）1ページ目

チェック必須

傷病手当金・傷病手当金付加金 請求書

◆請求者確認欄 (チェック必須)	<input checked="" type="checkbox"/> 記載内容については、請求者(被保険者)本人が記入・確認しました。 <input checked="" type="checkbox"/> 在職中の給付金は事業主(⑦の本籍会社)経由で受領します。		
①被保険者証の 記号-番号	記号 999 - 番号 999999	②被保険者の 氏名	健保 太郎
③被保険者の 生年月日	昭和 平成 5 年 10 月 18 日	④被保険者の 資格取得年月日	昭和 平成 令和 2 年 4 月 1 日
⑤被保険者の住所 ※支給決定通知書等の書類 送付先となります	〒 111-1111 〇〇県△△市×××町 1-2-3		
⑥日中連絡の取れる電話番号 ・メールアドレス ※お問い合わせの際に使用します(複数可)	□自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 □勤務先 : 090 - 9999 - 9999		
	□自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 □勤務先 : 999 - 1111 - 9999		
メールアドレス :		abcdefg@▽×□.com	
⑦被保険者の本籍会社名	※出向中の方は出向元会社(給与の支払を受けている会社) 〇〇××株式会社		
⑧被保険者の業務の種別	□事務 □営業 <input checked="" type="checkbox"/> 開発 □設計 □製造 □販売 □その他()		
⑨傷病名	胃潰瘍	⑩発病又は 負傷の年月日	平成 令和 4 年 12 月 4 日
⑪傷病の療養をする ために休んだ期間	令和 4 年 12 月 15 日から 令和 5 年 1 月 31 日まで 48 日間		
⑫発病(負傷)時の状況を 詳しく記入して下さい	※ケガの場合は日時、行動、状況などを含めて詳しくご記入ください 食後の胃痛や腹痛、吐き気や背中痛みが1週間ほど続いたため 医療機関を受診		
⑬ ⑪の期間に対する 報酬はありますか	□はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	⑭ ⑪の期間中、労災保険から 休業補償給付を受けてますか	□はい □申請中 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑮「障害手当金」又は「障害 年金」を受けていますか	□はい □申請中 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ↳「はい」の場合は「年金証書(写)」を添付	⑯ ⑮が「はい」「申請中」 はその傷病名	
⑰ ⑮が「はい」の場合はその 年額に変更がありましたか	□はい □いいえ ↳「はい」の場合は「年金額改定通知書(写)」を添付		
同意書			
ソニー健康保険組合 理事長 殿			
健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、ソニー健康保険組合が関係機関に対して、給付記録・療養の給付記録・診療履歴・年金等 他の法令による保険給付受給に関する情報等の照会を行うこと、及び関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。また、上記照会を行うにあたり、ソニー健康保険組合が当該機関等に対して、必要な範囲内で照会に関する説明を行うことについて了承致します。 ※関係機関とは、前加入保険者、医療機関、年金事務所、勤務先事業所、及び負傷に関わった団体等を指します。 ※照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。			
被保険者証の記号-番号: 999 - 99999		被保険者氏名: 健保 太郎	
被保険者住所: 〇〇県△△市×××町 1-2-3		記入日: 令和 5 年 2 月 4 日	

《裏面につづく》

退職者は退職時の業務にチェックして下さい

被保険者が記入するところ(記入漏れのないよう要確認)

退職者・退職予定者	この請求書を提出する時点で既に退職している方または1か月以内に退職予定がある方は記入
	退職している 退職の 任意継続被保険者、特例退職被保険者
振込先口座 ●どちらか 一方を記入	在職中の方、1か月以内に退職予定のない方は 口座の記入は不要
□マイナンバー等で事前登録した公金受取口座を利用します。 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。	

〔注意事項〕

- 訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し訂正のうえサインをして下さい。
- 提出された請求書及び添付書類については返却致しません。(不備書類の場合を除く)
- 内容により、保険者から照会させていただく場合がありますので、予めご了承下さい。

受 付 印

⑱被保険者証の 記号	番号	⑲被保険者の氏名
《記入例》在職中の方（1ヶ月以内に退職予定のない方）2ページ目		
⑳期間	令和 年 月 日 まで	日付
上の期間中について、勤怠状況を記入【出勤=○、欠勤=／、有休=△、公休=公】		
令和 年 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	
令和 年 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	
令和 年 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	
令和 年 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	
令和 年	6 27 28 29 30 31	
事業主が記入するところ	事業主が証明を記入する	
	⑳上の期間中 て報酬を支給	
	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	円
㉑報酬を支給しない 場合その旨		
上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 年 月 日
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号 ()		

【担当者の方へ】

- 訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し訂正のうえ証明者のサインをして下さい。
- ㉑欄 給与締めごとに証明し、出勤した日に対する報酬は差し引いて、休業中の報酬を証明して下さい。
- ㉑欄 第1回目の請求の場合は待期間(3日間)と、それ以外の期間を別に証明して下さい。

療養を担当した 医師が意見を書くところ	㉓患者氏名	㉔傷病名	
	㉕発病又は 負傷の原因		
	㉖発病又は 負傷の年月日	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	㉗ ㉔の治療を 開始した年月日 平成 年 月 日
	㉘労務不能と 認められた期間	日間	
	㉙上の㉘の期間 て入院した期		
㉚上の㉘の 期間における 傷病について	病院で詳しく証明(記入)してもらおう		
上記のとおり相違ありません。		令和 年 月 日	
医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 電話番号 ()			

【医師の方へ】

- 訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し訂正のうえ必ずサインをして下さい。
- ㉗の欄は、貴院でその傷病について健康保険による療養を始めた日を記入して下さい。
- ㉘の欄は、意見書を記入する日以前において、労務不能と認められた期間を記入して下さい。(先の日付の証明はお受け出来ません)
- ㉚の欄は、具体的に詳しく記入して下さい。内容により、保険者から照会させていただく場合がありますので、予めご了承下さい。