

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	年	月	日	
	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>									
	⑬ ⑪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			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	<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			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	<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										
<b>同意書</b>											
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: _____ 被保険者氏名: _____											
被保険者住所: _____ 記入日: 令和 年 月 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

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	銀行	普通	店番	口座番号				
	郵便局	記号(5桁)	支店	当座	番号(8桁)	(フリガナ)				
						氏名				
□ 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。 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

事業主が記入するところ	⑱被保険者証の記号・番号	記号 番号 —	⑲被保険者の氏名		
	⑳労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		日間	
	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 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			
	㉑上の期間中の分として報酬を支給した場合	令和 年 月 日 から			円
		令和 年 月 日 まで			円
		令和 年 月 日 から			円
		令和 年 月 日 まで			円
令和 年 月 日 から				円	
令和 年 月 日 まで			円		
令和 年 月 日 から			円		
令和 年 月 日 まで			円		
㉒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 令和 年 月 日	㉗ ㉔の治療を開始した年月日	平成 令和 年 月 日	
	㉘労務不能と認められた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	㉙左の期間中の診療実日数(入院含) 日間	
	㉚上の㉘の期間のうち健康保険を使用して入院した期間がある場合はその期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間		
	㉛上の㉘の期間における傷病について	・「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)  ・症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見			
	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)
- ㉙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。

## 傷病手当金請求に伴う療養状況等の回答書

下記の通り相違ありません

記入日： 令和 年 月 日

① 保険者証の記号・番号	記号 番号 —	② 氏名	
③ 資格喪失前の在籍会社名		④ ③での仕事内容(詳しく)	
⑤ 現在ご加入の健康保険	( )健康保険 全国健康保険協会 ( )支部 国民健康保険 ( )市区町村		加入状況 ※いずれかに○ 被保険者・被扶養者
	【ソニー健康保険組合以外の健康保険に加入している場合】 ⑥の期間に受診した医療機関(病院・調剤薬局)の『領収書(原本)』を、次ページ⑱欄に貼付してください。 ※傷病手当金を請求している「傷病名」に関する医療機関のもの全部		
⑥ 傷病手当金を請求する期間および診療実日数	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日のうち、診療実日数 日		
⑦ ⑥の請求期間が1ヵ月以上ある場合、その理由を記入			
⑧ ⑥の診療実日数が1ヵ月に0~1日の場合、その理由を記入			
⑨ 雇用保険の失業給付(基本手当)の受給期間延長手続きをしていますか？	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 受給期間延長通知書(写)を添付してください。 (喪失後に初めて請求する場合のみ。既に提出済みの場合は添付不要) <input type="checkbox"/> いいえ ⇒ 理由をご記入ください。 ( )		
<b>療養状況および日常生活状況について</b>			
⑩ 通院の仕方 ※該当する項目にチェック(☑)	<input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 電車・バス等 <input type="checkbox"/> 自動車 → 運転者：自分・第三者 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他( )		
⑪ 医者のかかり方 ※該当する項目にチェック(☑)	<input type="checkbox"/> 毎日行く <input type="checkbox"/> ( )日おきに行く <input type="checkbox"/> 月に( )日行く <input type="checkbox"/> その他( )		
⑫ 次の受診予定日はいつですか？	令和 年 月 日		
⑬ 現在、お体の調子はいかがですか？ ※自覚症状など具体的に記入			
⑭ 日中はどのようにして過ごしていますか？ ※該当する項目にチェック(☑)	<input type="checkbox"/> 1日( )時間ほど横になっている <input type="checkbox"/> 1日中横になっている <input type="checkbox"/> 散歩する → 1日( )回、( )分位 <input type="checkbox"/> 軽い仕事をする(どのような ) <input type="checkbox"/> その他( )		
⑮ その他、どのようなことをして過ごすことが多いですか？ ※該当する項目にチェック(☑)	<input type="checkbox"/> 読書をする <input type="checkbox"/> 手紙などを書く <input type="checkbox"/> テレビを見る <input type="checkbox"/> 音楽を聴く <input type="checkbox"/> 談話をする <input type="checkbox"/> その他( )		
⑯ いつ頃から仕事につくことが出来そうですか？	令和 年 月頃		
⑰ ⑥の期間中の病気について	治療状況		
	医師からの療養についての注意事項		
	日常生活状況(家庭で売薬などを服用していた場合、その薬名と服用状況)を週または日をおって詳しく記入してください		

続きページ有り

**【注意事項】**

後日、審査でお問い合わせすることがありますので、正確にご記入ください。

※個人情報の保護について : この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用致しません。

記号		番号		氏名	
----	--	----	--	----	--

【ソニー健康保険組合以外の健康保険に加入している場合、提出が必要】

提出いただいた領収書は、審査後に決定通知書と合わせてご返却いたします。

### ⑱ 領収書(原本)貼付欄

前ページ⑥の期間に受診した医療機関(病院・調剤薬局)の『領収書(原本)』を貼り付けしてください。

※傷病手当金を請求している「傷病名」に関する医療機関のもの

※領収書は、のり付け・ホチキス止めなどをしてください

# 《記入例》被保険者だった者が資格喪失(退職)後に請求する場合 1ページ目

ソニー健康保険組合 理事長 殿

**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 type="checkbox"/> 在職 <b>退職日時点の記号・番号</b> (労働組合)経由で受領します。		
①被保険者証の 記号-番号	記号 <b>999</b>	番号 <b>999999</b>	②被保険者の 氏名 <b>健保 太郎</b>
③被保険者の 生年月日	昭和 平成 <b>5</b> 年 <b>10</b> 月 <b>18</b> 日	④被保険者の 資格取得年月日	昭和 平成 <b>2</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1</b> 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	〒 <b>111-1111</b> <b>〇〇県△△市×××町 1-2-3</b>		
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)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 : <b>090-9999-9999</b> <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 : <b>999-1111-9999</b> メールアドレス : <b>abcdefg@▽×□.com</b>		
	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) <b>〇〇××株式会社</b> ← <b>退職した会社名 および在職中の職種</b>		
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 checked="" type="checkbox"/> 設計 <input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> 販売 <input type="checkbox"/> その他		
⑨傷病名	<b>胃潰瘍</b>		⑩発病又は 負傷の年月日
⑪傷病の療養をする ために休んだ期間	令和 <b>4</b> 年 <b>12</b> 月 <b>15</b> 日から令和 <b>5</b> 年 <b>1</b> 月 <b>31</b> 日まで <b>48</b> 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 <b>食後の胃痛や腹痛、吐き気や背中の痛みが1週間ほど続いたため 医療機関を受診</b>		
⑬ ⑪の期間に対する 報酬はありますか	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<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		

被保険者が記入するところ(記入漏れのないよう要確認)

《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

### 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 - 999999** 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

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		
	<input checked="" type="checkbox"/> 退職している 退職の予定あり	→ 令和 <b>5</b> 年 <b>12</b> 月 <b>31</b> 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 ○▽× 銀行 普通 店番 <b>999</b> ▲×□ 支店 当座 口座番号 <b>9999999</b>	口座名義 (フリガナ) <b>ケンポ タロウ</b> 氏名 <b>健保 太郎</b>
	郵便局 記号(5桁)	番号(8桁)	
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で 注)口座情報の反映に			

**銀行か郵便局のどちらか1つを記入  
※被保険者名義の口座に限ります**

受 付 印

- 〔注意事項〕
- 訂正する場合は、訂正
  - 提出された請求書及び
  - 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。

《記入例》被保険者だった者が資格喪失(退職)後に請求する場合 2 ページ目

事業主が記入するところ

期間	令和 年 月 日 まで	日間
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		7 28 29 30 31
令和 年 月		7 28 29 30 31
①上の期間中の て報酬を支給し	<p><b>請求期間(1ページ目⑪)に 在職期間が含まれている場合は、 勤務していた事業所で証明が必要。 含まれていない場合は証明不要。</b></p>	
②報酬を支給しな 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。
- ①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。
- ③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

③患者氏名		④傷病名	
⑤発病又は 負傷の原因			
⑥発病又は 負傷の年月日			月 日
⑧労務不能と 認めた期間			日間
⑩上の⑧の期間の て入院した期間が			日間
⑪上の⑧の 期間における 傷病について	<p><b>病院で詳しく証明(記入)をしてもらう</b></p>		
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。
- ⑦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。
- ⑧の欄は、意見書記入する日以前において、労務不能と認め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)
- ⑩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。

# 《記入例》被保険者だった者が資格喪失(退職)後に請求する場合 3ページ目

下記の通り相違ありません

記入日：令和5年1月31日

① 保険者証の記号・番号	記号 <b>999</b> - 番号 <b>999999</b>	② 氏名	<b>健保 太郎</b>
③ 資格喪失前の在籍会社名	<b>〇〇××株式会社</b>		④ ③での仕事内容(詳しく) <b>システムの設計</b>
⑤ 現在ご加入の健康保険	( )健康保険 全国健康保険協会 ( )支部 国民健康保険 ( <b>▲▼</b> )市区町村 【ソニー健康保険組合以外の健康保険に加入している場合】 ⑥の期間に受診した医療機関(病院・調剤薬局)の『領収書(原本)』を、次ページ⑱欄に貼付してください。※傷病手当金を請求している「傷病名」に関する医療機関のもの全部		加入状況 ※いずれかに○ <b>被保険者</b> ・被扶養者
⑥ 傷病手当金を請求する期間および診療実日数	令和 <b>4</b> 年 <b>12</b> 月 <b>15</b> 日～令和 <b>5</b> 年 <b>1</b> 月 <b>31</b> 日のうち、診療実日数 <b>8</b> 日		
⑦ ⑥の請求期間が1ヵ月以上ある場合、その理由を記入			
⑧ ⑥の診療実日数が1ヵ月に0～1日の場合、その理由を記入			
⑨ 雇用保険の失業給付(基本手当)の受給期間延長手続きをしていますか？	<input checked="" type="checkbox"/> はい ⇒ 受給期間延長通知書(写)を添付してください。 (喪失後に初めて請求する場合のみ。既に提出済みの場合は添付不要) <input type="checkbox"/> いいえ⇒理由をご記入ください。 ( )		
<b>療養状況および日常生活状況について</b>			
⑩ 通院の仕方 ※該当する項目にチェック(☑)	<input type="checkbox"/> 自転車 <input checked="" type="checkbox"/> 電車・バス等 <input type="checkbox"/> 自動車 → 運転者：自分・第三者 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他( )		
⑪ 医者のかかり方 ※該当する項目にチェック(☑)	<input type="checkbox"/> 毎日行く <input type="checkbox"/> ( )日おきに行く <input checked="" type="checkbox"/> 月に( <b>2</b> )日行く <input type="checkbox"/> その他( )		
⑫ 次の受診予定日はいつですか？	令和 <b>5</b> 年 <b>2</b> 月 <b>10</b> 日		
⑬ 現在、お体の調子はいかがですか？ ※自覚症状など具体的に記入	<b>食後まだ胃が痛む、時々痛みがよくなること</b>		
⑭ 日中はどのようにして過ごしていますか？ ※該当する項目にチェック(☑)	<input checked="" type="checkbox"/> 1日( <b>2</b> )時間ほど横になっている <input type="checkbox"/> 1日中横になっている <input checked="" type="checkbox"/> 散歩する → 1日( <b>2</b> )回、( <b>60</b> )分位 <input type="checkbox"/> 軽い仕事をする(どのような： ) <input type="checkbox"/> その他( )		
⑮ その他、どのようなことをして過ごすことが多いですか？ ※該当する項目にチェック(☑)	<input type="checkbox"/> 読書をする <input type="checkbox"/> 手紙などを書く <input checked="" type="checkbox"/> テレビを見る <input type="checkbox"/> 音楽を聴く <input type="checkbox"/> 談話をする <input checked="" type="checkbox"/> その他( <b>PCの操作</b> )		
⑯ いつ頃から仕事につくことが出来そうですか？	令和 <b>5</b> 年 <b>4</b> 月頃		
⑰ ⑥の期間中の病気について	治療状況	<b>約2週間おきに通院し、医師から処方された薬を引き続き服用している。リラックスすることや運動することも進められたため実施している。</b>	
	医師からの療養についての注意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・暴飲暴食を避ける。</li> <li>・毎日3食バランスの良い食事をとることが必要だが、刺激物は避ける。</li> <li>・お酒を飲みすぎない。禁煙。</li> </ul>	
	日常生活状況(家庭で売薬などを服用していた場合、その薬名と服用状況)を週または日をおって詳しく記入してください	<b>検査のために3日ほど入院したが、退院後は処方薬のオメプラゾールを服用。遅めに起床し朝食をとった後は少しゆっくりしてから散歩に出かける。昼食は調子が悪いと抜いてしまうこともあるが、3食取することを心掛けている。</b>	

続きページ有り ➡

## 【注意事項】

後日、審査でお問い合わせすることがありますので、正確にご記入ください。

※個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用致しません。

＜記入例＞被保険者だった者が資格喪失(退職)後に請求する場合  
4 ページ目

前ページ⑥の期  
※傷病手当金を

請求期間(1ページ目⑪)に  
受診した際の領収証原本をすべて添付

領収証  
(病院分)

領収証  
(薬局分)

り付  
して