

資格	得	年	月	日	前 回	始	年	月	日
	喪	年	月	日		終	年	月	日
標報 月額	千円		備考		回数				

常務理事	事務長	係	係

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

①被保険者証の 記号・番号		記号 番号		②被保険者の氏名・押印 <small>●被保険者本人が氏名を記入した場合は押印不要</small>		(印)	
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 年 月 日	
⑤被保険者の住所 <small>※支給決定通知書の送付、及び 不備書類返却の際に使用します</small>							
⑥日中連絡の取れる電話番号 <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	
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 業務の種類別 <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 年 月 日					
⑪傷病の療養をする ために休んだ期間		平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間					
⑫ 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		⑬通勤途上や業務上に 負傷したものです		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑭第三者の行為によって 負傷したものです		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		⑮ ⑭で「はい」と答えた場合は その事実を当健保に届出ていますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑯発病(負傷)時の状況を 詳しく記入して下さい							
⑰「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		⑱ ⑰が「はい」「申請中」 の場合はその傷病名			
⑲ ⑰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					
委任状 ※押印必須(外国国籍を有する方のみサイン可)							
給付金の受領を上記⑦に記載の事業主に委任します。							
平成 年 月 日		被保険者住所 _____					
		被保険者氏名 _____ (印)					
退職者、任意継続被保険者の方は記載不要。							
※この請求書を提出する時点で退職している、もしくは1ヶ月以内に退職する方で、 任意継続被保険者でない方は、以下の振込先にご本人名義の振込先を記入して下さい。							
振込先 <small>●銀行か郵便局 のどちらか 一方を記入</small>		銀行		普通 店 番		フリガナ	
		支店		当座 口座番号			
郵便局		記号		番号		名義人 氏名	
同意書 ※押印必須(外国国籍を有する方のみサイン可)							
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、 また、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。							
※関係機関とは、前加入保険者、医療機関、年金事務所等を指します。 ※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。							
平成 年 月 日		被保険者証の記号 _____		被保険者証の番号 _____			
		被保険者住所 _____					
		被保険者氏名 _____ (印)					

≪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

[注意事項]

1. 印鑑は認印可。シャチハタ・日付印は不可です。
2. 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。
3. 提出された請求書については、返却・写しの送付等は一切致しません。（書類不備の場合を除く）
4. 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。

※ 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。

事業主が記入するところ	⑳被保険者証の 記号・番号	記号 番号	㉑被保険者の 氏名		
	㉒労務に 服さなかった期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		日間	
	上の期間中について、出勤した日がある場合は出勤日と公休日を記入【出勤＝○、公休＝×】				
	平成 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			
	平成 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			
	平成 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			
	平成 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			
	平成 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			
	㉓上の期間中の分 として報酬を 支給した場合	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで			円
		平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで			円
平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで				円	
㉔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。 平成 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〕

- 訂正した場合は、必ず訂正印（事業主印）を押して下さい。
- ㉓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。
- ㉓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	㉕患者氏名		㉖傷病名		
	㉗発病又は 負傷の原因				
	㉘発病又は 負傷の年月日	平成 年 月 日	㉙ ㉖の治療を 開始した年月日	平成 年 月 日	
	㉚労務不能と 認められた期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間	㉛左の期間中の 診療実日数(入院含)	日間
	㉜上の㉚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	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間		
	㉝上の㉚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。 平成 年 月 日 医療機関の名称 _____ 医療機関の所在地 _____ 医師の氏名 _____ ㊟ 電話番号 _____ () _____				

〔医師の方へ〕

- 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。
- ㉙の欄は、初診日ではなく、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。
- ㉚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。（先日付の証明はお受け出来ません）
- ㉝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。 傷手2 H27.4