

「被保険者の注意事項」をお読みいただき、誤記入・記入もれ等がなきよう確認のうえ、ご提出ください。

本請求書は事業主経由で提出される書類です。  
□に✓してください。

回数を記入してください。

担当業務を記入してください。

## 健康保険傷病手当金請求書 (第<sup>①</sup> 1 回目) ※1

◆左側の「被保険者の注意事項」をお読みいただき、請求書を作成してください。必要項目にご記入なき場合等は、やむを得ず請求書をご返却することがありますのであらかじめご了承願います。日本請求書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

【被保険者の注意事項】  
※6 ※2 ※1  
※5 ※4 ※3

①は請求回数を記入してください。  
②は「不明・不詳等」ではなく、「自身でわかる範囲で記入してください」。  
③は「はい」の場合は傷病手当金請求書提出前にリクルート健保へ連絡してください。療養が長期に渡る場合は約1ヶ月程度ごとに請求書を作成してください。また、月が3ヶ月に渡る請求は請求書を2紙に分けてください。(例：5月30日～7月10日の場合→5月30日と6月30日で1紙、7月1日～7月10日で1紙) 分かれていない場合は請求書をご返却し、期間を分けて再提出いただく必要があります。  
④は③の期間中の療養状況について詳細に記入してください。  
⑤は③の期間中の療養状況について詳細に記入してください。  
⑥は請求期間を記入してください。  
⑦は請求期間を記入してください。  
⑧は請求期間を記入してください。  
⑨は請求期間を記入してください。  
⑩は請求期間を記入してください。  
⑪は請求期間を記入してください。  
⑫は請求期間を記入してください。  
⑬は請求期間を記入してください。  
⑭は請求期間を記入してください。  
⑮は請求期間を記入してください。  
⑯は請求期間を記入してください。  
⑰は請求期間を記入してください。  
⑱は請求期間を記入してください。  
⑲は請求期間を記入してください。  
⑳は請求期間を記入してください。

②被保険者証の 記号・番号	10 3333	③生年月日	昭和 60年 3月 18日 (31歳) 平成
④事業所の 名称(会社名)	(株)リクルート	⑤業務の 種別	経理事務
⑥ 傷病名(1)	十二指腸潰瘍	⑦初診日(1)	平成 29年 2月 1日
⑥ 傷病名(2)		⑦初診日(2)	平成 年 月 日
⑧発病または 負傷の原因※2	ご自身で分かる範囲で記入してください。 (不明・不詳は不可といたします。)	⑨⑩は他人の行為に よるものですか※3	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>
⑩療養のため 休んだ期間※4	平成 29年 2月 1日 ~ 平成 29年 2月 15日 まで		15日間
⑪⑫の期間の 療養状況に ついて (詳細に)※5	病状の経過・通院状況・治療内容・医師からの指示内容・その他療養状況全般について具体的に記入してください。 2月1日に激しい腹痛があり、市販薬で様子を見ていたが、症状が治まらなかったため、病院で 医師からすぐ入院するよう指示があり、その日から2月10日まで入院した。 入院中は、検査を受け、処方された薬を飲んで療養していた。 退院後は、医師の指示により、食生活に留意し、薬を飲みながら自宅で安静に過ごした。 2月13日に通院した際に、診察・投薬を受け、引き続き15日まで自宅で療養し、16日に職場復		
⑬⑭の期間に給与等の報酬がありましたか ※6	1. はい <input type="radio"/> 2. いいえ <input checked="" type="radio"/>		
⑮⑯の期間に労務(アルバイト等含む)に就きましたか ※6	1. はい <input type="radio"/> 2. いいえ <input checked="" type="radio"/>		
⑰⑱の期間に労災・損保等から休業補償を受けていますか	1. はい <input type="radio"/> 2. いいえ <input checked="" type="radio"/>		
⑲障害厚生(基礎) 年金・障害手当金・ 老齢厚生年金の状 況	受給・請求状況 <input checked="" type="radio"/> 受給していない <input type="radio"/> 2. 請求中 <input type="radio"/> 3. 受給している <input type="radio"/>		
年金の種類	1. 障害厚生(基礎)年金 2. 障害手当金 3. 老齢厚生年金		
年金額	円(年額) 基礎年金番号		
障害厚生(基礎)年金又は障害手当金受給の原因となった傷病名			
上記のとおり請求いたします	平成 29年 2月 28日		
⑲ 被保険者の 氏名 成宮 和史	住所 〒135-0002 東京都江東区住吉2-25-2 HAPPYハイツ333号		
リクルート健康保険組合 殿	日中連絡が取れる 電話番号 000 (777)8888		
⑳ 振込先 (ゆうちょ銀行以外 の銀行をご指定 ください)	新生 銀行 本 支店 コード : 0001 預金種別 1. 普通 <input checked="" type="radio"/> 2. 当座 <input type="radio"/> 口座番号 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 口座名義 (カナ) ナルミヤ カズシ		

療養が長期に渡る場合は約1ヶ月程度ごとに請求してください。  
1/31~3/2等、月が3ヶ月にまたがる場合は2セット作成してください。

請求期間の病状の経過や療養状況などを具体的に記入してください。

該当するものを○で囲んでください。

⑩の請求期間が過ぎてから記入してください。

カナで記入してください

⑳ 受取代理人申請 ※7	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します 平成 年 月 日		
住所 〒			
被保険者の 氏名	(印)		
住所 〒			
代理人の 氏名	(印) (委任者と代理人の関係)		

給付金の受領を委任する場合は、本人・代理人それぞれが記入・捺印してください。  
同一筆跡・同一印影は不可といたします。

◆本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。

(ア) 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																																	
(イ) 労務に服さなかった日	下記の(ウ)(エ)に、出勤は○ 有休は△ 公休は● 欠勤は× でそれぞれ表示してください						出勤	有休																										
(ウ) 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	計	日	日
(エ) 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	計	日	日
(オ) 上記(ウ)の公休日について	有給である 無給である						(カ) 上記(エ)の公休日について	有給である 無給である																										
(キ) 上記(ウ)の欠勤日に報酬を支給した場合または支給する場合	日額 円( 日分) 支払日：平成 年 月 日																																	
(ク) 上記(エ)の欠勤日に報酬を支給した場合または支給する場合	日額 円( 日分) 支払日：平成 年 月 日																																	
(ケ) 上記(ウ)の1ヶ月間に月給	◇ 「事業主が証明するところ」は会社で記入をしますので、各社人事担当宛に書類を送付してください。送付先はリクルート健康保険組合のホームページ→各種手続き→申請書一覧→提出先のご案内でご確認ください。																																	
(コ) 上記(エ)の1ヶ月間に月給	◇ リクルートスタッフィングの派遣スタッフの方は、提出前にSS課にご連絡いただき送付先をご確認ください。(TEL : 0120-545-106)																																	
(カ) 上記(オ)～(コ)以外に報酬																																		
(シ) 上記(ア)の期間に現在																																		
上記のとおり相違ないこと																																		
(ス) 事業所所在地																																		
事業所名称																																		
事業主氏名																																		

■1ヶ月以内程度の期間でご証明ください。

患者氏名	成宮 和史					
(セ) 傷病名	(1)	十二指腸潰瘍		(ウ) 療養の給付を開始した年月日	(1) 平成 29年 2月 1日	
	(2)				(2) 平成 年 月 日	
(ク) 発病または負傷の年月日	平成 年 月 日		(ケ) 発病または負傷の原因	心身の強いストレス		
(カ) 労務不能と認められた期間(1ヶ月程度の期間でご記入下さい)	平成 29年 2月 1日から平成 29年 2月 15日まで 15日間		(キ) (ウ)の期間中の診療実日数	11日	手術	平成 年 月 日 術施行
(カ) (ウ)の期間中に入院した期間があればその期間	平成 29年 2月 1日から平成 29年 2月 10日まで 10日間		(キ) 転帰	治療 継続・中止・転医		
(ニ) (ウ)の期間のうち外来診療日を○で囲んで下さい	平成 29年 2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					
(ス) (ウ)の期間中の「傷病の主状態および経過」、「治療内容、検査結果、療養指導」等(できるだけ詳しく記入してください)	<p>2月1日に上腹痛主訴により当院を受診。上記傷病名と診断し、即日入院を指示した。検査、投薬、安静により症状軽快し、10日退院。自宅療養を指示し、13日再診。検査の結果、日常生活・食事などについて指導し、16日からの職場復帰を許可した。</p> <p>(ネ) 症状の経過からみて、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 上腹痛のため入院。退院後は、15日まで自宅での安静を必要としたため労務不能であった。</p>					
上記のとおり相違ありません			平成 29年 2月 28日			
(ノ) 医療機関所在地	〒106-0046 東京都港区南麻布1-2-3					
医療機関名称	ABC総合病院					
医師の氏名	錦織 友作					
	電話 03(888)9999					

■労務不能と認められた期間が経過した後にご記入・捺印。

(ツ)の期間最終日以前の日付は無効です。訂正の際は、医師本人の訂正印が必要です。

※医療機関の所在地・名称はゴム印を使用してください。

医療機関の所在地・名称はゴム印を使用してください。

●被保険者証の記号・番号に代えて個人番号を記入する場合の例

個人番号欄は別途設けていませんので、被保険者証の記号・番号欄に個人番号を記入してください。

被保険者  
被扶養者 限度額適用認定証交付申請書

被保険者証の記号・番号	123456789012	事業所名称(所属する会社名)
-------------	--------------	----------------

記号・番号欄に12桁の記号番号を記入してください(記号と番号の間の線は無視していただいて結構です)

※被保険者証の記号・番号に代えて個人番号で届け出をする場合、個人番号確認、身元確認の為、別途書類を提出いただく必要があります。必要提出書類の詳細はホームページ備考欄をご覧ください。