

# 記入見本

- 注1 消せるボールペンでの記入は不可
- 注2 訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容をその上に記入し被保険者の(証明担当者)のサイン又は印を押してください。修正テープを使って訂正は認められません。
- 注3 未来分は請求できません。事実を基に請求して下さい。

申請用紙は2枚あります。漏れなく正確に記入し2枚セットで提出してください。

## 1/2 請求者本人記入

①保険証から転記		請求回数		回
②氏名	〇〇店	③社員番号	昭和平成・令和	⑤被保険者(請求者)氏名・フリガナ
1	123456	777	7年7月7日	ケンボ ハナコ 健保 花子
⑥被保険者の住所・電話	〒102-8450 東京都千代田区三番		※日中連絡の取れる電話番号 電話 03(6238)****	
⑦傷病名	腰椎椎間板ヘルニア	⑧資格取得年月日	⑨資格喪失年月日(退職日翌日)	⑩通勤の途中ですか はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> 負傷年月日 2年12月31日 加害者の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 第三者行為ですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑪発病の原因及び発生場所 (※ケガの場合は詳しく記入)	自宅の模様替えでソファを動かそうとしたとき腰に違和感を感じた。		はいの場合は第三者行為による傷病届の提出が必要です。任意保険に認めてください。任意保険にない場合は健康保険組合へお寄せください。	
⑫療養のため仕事につけなかった期間(請求期間) 初回の申請の場合は待機期間も含めて記入して下さい	令和3年1月1日 ~ 令和3年1月20日 ↓就労日がある場合就労日を記入 1/19		⑬傷病手当金を請求する期間を記入。※初回は待期3日を含めて記入。※給与締めと請求期間を合わせると手続きがスムーズに進みます。	
⑬上記⑫仕事につけなかった期間(請求期間)について、報酬を受けましたかまたは今後うけられますか(有給休暇・交通費等が該当します)	はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>			
⑭上記⑬「はい」と答えた場合は、報酬支払の期間と金額を記入してください。	令和3年1月1日 ~ 令和3年1月 上記報酬期間内に報酬を受けていない日(除く日)がある場合はその日を記 1月2日 金 20,000			
⑮「障害基礎厚生年金」「障害手当金」の受給について	受給中・請求中 <input checked="" type="checkbox"/> 無し		障害年金・手当対象傷病名 年額	
⑯労災保険から傷病手当金と同じ傷病名で休業補償を受けていますか	受給中・請求中 <input checked="" type="checkbox"/> 無し		日額 受給している場合は労災保険の支給通知の写を添付してください。	
⑰資格喪失後(退職後)の請求で老齢基礎・厚生年金を受給していますか	受給中・請求中 <input checked="" type="checkbox"/> 無し		年額	
⑱照会・振込み口座に関する同意欄	<input checked="" type="checkbox"/> 私は、本申請書の提出を事業主へ委任することを承諾します。また、傷病手当金の支給可否に関する調査のため、セブン&アイ・ホールディングス健康保険組合が医療対し照会を行い、回答・提供を受けることに同意します。 <input checked="" type="checkbox"/> 他の給付金同様、傷病手当金の振込口座は給与口座 ※会社から給与口座情報があるので振込までの手続きが簡便です。			
振込口座	給与口座を利用する場合は記入不要		給与口座を希望した場合は <input type="checkbox"/> 不要です。	
(金融機関コード)	(店番号)	口座名義	フリガナ	

## 2/2 事業主の証明

事業主が証明する欄	保険証記号番号	記号	番号	被保険者氏名
①労務に服することができなかった期間 (請求期間)	令和3年1月1日 ~ 令和3年1月20日 1/19は出勤のため除く 合計 19 日間			
②上記①の期間中に報酬を支給しましたか又は今後支給しますか	はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	復職状況	未復職 <input type="checkbox"/> 1月20日に復職 <input checked="" type="checkbox"/>	
③上記②で「はい」と答えた場合、報酬期間、金額、支払日を記入してください。	支給対象期間	左記支給期間に支給しない日(除く日)がある場合はその日を記入	日額	支給額
	3年1月1日~3年1月3日	1月2日	10,000 円	20,000 円
上記のとおり相違ないことを証明します。	証明した担当者のサイン			
事業所所在地 事業所名称 代表者氏名	店舗ではなく本部で証明			

## 2/2 医師の証明

医師が証明する欄	患者氏名			
①傷病名	A 腰椎椎間板ヘルニア	②発病(負傷)の原因		
③発病年月日	A 3年1月1日	④傷病の治療開始(初診日)		
⑤労務不能と認めた期間	令和3年1月1日 ~ 令和3年1月20日 合計 20 日間			
⑥上記⑤の入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 合計 日間			
⑦診療実日数	2 日	⑧傷病の主状態及び経過概要		
⑨症病の職種と認め	⑩は⑤の期間に対する実診療日数を記入			
個人工 業施設を 業務とした 上記のとおり相違ありません。	令和3年2月1日			
医療機関所在地 医療機関名称 医師の氏名	東京都千代田区三番町〇-〇 ***整形外科 △△ △△			