



# 傷病手当金請求書(裏面)

医師の記入欄																															
患者氏名																															
傷病名															診療開始日			(1) 年 月 日			(2) 年 月 日			(3) 年 月 日							
発病・負傷の原因																															
労務不能と認めた期間															年 月 日から 年 月 日まで																
上記期間中の入院期間															年 月 日から 年 月 日まで																
診察日を○で囲んでください																															
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
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
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
上記4か月以上で記入しきれない場合はこの欄に日付をご記入ください																															
傷病の主たる症状及び経過、治療内容、検査結果、療養指導 等詳しくご記入ください																															
労務不能か否かの参考意見 該当する□にチェックしてください <input type="checkbox"/> 健康保険法第99条の労務不能に該当する <input type="checkbox"/> 健康保険法第99条の労務不能には該当しない 上記と判断された医学的所見																															
上記のとおり相違ありません																															
医療機関所在地															年 月 日																
医療機関名称																															
電話																															
主治医氏名															印																

事業主証明欄																			
給与・賃金の所定額										休業等不就労期間									
支払項目	所定額	支払形態								年	月	日から							
		月給・月額不就労控除・その他( )								年	月	日まで							
		月給・月額不就労控除・その他( )								( )日間									
		月給・月額不就労控除・その他( )								退職日以降の報酬支払日									
		月給・月額不就労控除・その他( )								※資格喪失前後の受給の場合のみ記入									
		時給( )円⇒日額換算( )円																	
通勤手当																			
計																			
事業主添付書類	休業期間の勤怠表	公休日・年休・欠勤・出勤等の勤怠の記載のあるものをご提出ください 記載が無い場合は付記ください																	
	休業期間の実績が反映された給与計算台帳	給与計算台帳を添付ください 無い場合は賃金の額分かる書類をご提出ください ※賃金の計算方法(欠勤控除の計算、療養休職手当等)を給与明細の空欄に必ずご記入ください																	
注意事項		資格喪失後受給の場合、喪失直後第1回目申請については事業主証明が必要です 資格喪失後受給の場合、給付金のお知らせは事業所経由で送付させていただきます																	
上記のとおり証明します																			
事業所所在地										年 月 日									
事業所名称										事業所担当部署									
事業主氏名										係					長				

# 同意書

私は、健康保険法に基づく私に対する保険給付の支給可否決定に関する調査のため、ブリヂストン健康保険組合が必要とする事項（私の個人情報を含む）について、関係する官公庁、医療保険者、医療機関、事業所及び負傷に関わった団体等に対してブリヂストン健康保険組合が照会を行い、回答・提供を受けることについて同意致します。また、上記照会を行うにあたり、ブリヂストン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。

後日、本件についてブリヂストン健康保険組合に対して一切の異議・請求等の申し立てを致しません。

なお、本書の写しも有効と致します。

ブリヂストン健康保険組合 理事長 様

同意日 令和 年 月 日

保険証記号  
番号

氏名 \_\_\_\_\_ 印  
生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日

## 傷病手当金請求に伴う状況報告書

傷病手当金請求書裏面「医師の意見欄」内の労務不能と認めた期間(開始日)より遡って2年間に加入していた健康保険組合の加入状況について以下にご記入ください。前加入健保が3か所以上あり記入しきれない場合はこの「傷病手当金請求に伴う状況報告書」を必要な枚数ご提出ください。

※傷病手当金の申請が2回目以降の場合や、新卒採用でブリヂストン健康保険組合加入前に就労の実績が無い場合はこの「傷病手当金請求に伴う状況報告書」は提出不要です。

令和 年 月 日

保険証記号・番号		被保険者名	
----------	--	-------	--

### 前健保の加入履歴

保険者名	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 (市区町村名: ) <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 (支部名: ) <input type="checkbox"/> 健康保険組合 (健保名称: )		
保険者の所在地			
保険者の電話番号			
勤務先名			
上記の記号番号	記号:	番号:	
加入形態	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)		
加入期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日		

### 前健保の傷病手当金受給状況 ※国民健康保険加入の場合は記入不要です

傷病手当金受給有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
「ある」場合の受給期間	↳平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日		
傷病名			

### 前健保の加入履歴

保険者名	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 (市区町村名: ) <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 (支部名: ) <input type="checkbox"/> 健康保険組合 (健保名称: )		
保険者の所在地			
保険者の電話番号			
勤務先名			
上記の記号番号	記号:	番号:	
加入形態	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)		
加入期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日		

### 前健保の傷病手当金受給状況 ※国民健康保険加入の場合は記入不要です

傷病手当金受給有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
「ある」場合の受給期間	↳平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日		
傷病名			

健康保険に加入していなかった期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日
------------------	---------------------------