

医師意見の労務不能期間より事業主証明の労務に服さなかった期間が長い場合

添付書類・・・療養状況報告書(所定用紙)

「労務に服さなかった日」から「うへの療養の給付を開始した年月日」の前日まで、どのように療養されていたのか、その状況を詳しく記入して下さい。(初回請求時のみ有効とします)

- ・「うへのとおり請求します」の日付は・・・「疾病または負傷の療養をするため休んだ期間」の末日以後で
- ・訂正する場合は被保険者⑩を訂正⑩として御使用下さい。
- ・⑩ははっきり押し捺印もれのないようにして下さい。

傷病手当金請求書

被保険者証の記号と番号	記号 999	番号 1111	被保険者の氏名 小田急 太郎	生年 昭和55年	健保担当 課長
被保険者の現住所	〒0000-0000 東京都多摩市00004-5-9 電話 000 (000) 0000 方				印
事業所の名称	000000 株式会社		被保険者の業務の種別 事務員	係長	印
被保険者の資格を取得した年月日	昭和10年4月1日	傷病名	腰部椎間板ヘルニア		印
発病または負傷の年月日	昭和 不詳 年 月 日	係員			
給付開始日	平成1年5月4日	請求回数	第 1 回		印
疾病または負傷の療養をするため休んだ期間	平成1年5月1日から 平成1年5月31日まで	31日間	発病または負傷原因	不詳	
うへの休んだ期間の報酬について	受けた・ <u>受けない</u> ・受けられる・受けられない				
報酬を受けた、または受けられるときは報酬額とその報酬額支払いの基礎となった期間	平成 年 月 日から 日間の分として 平成 年 月 日まで 円				
老齢厚生年金 障害厚生年金 等を受けている または受けられる とき	年金等の種別 1障害厚生年金 2障害基礎年金	3老齢厚生年金 4障害手当金等	年金等支給事由 となった傷病名	基礎年金番号	年金コード
うへの年金等を受けていない場合	1.請求中 2.請求していない 理由 年金受給年齢に達していないため				
うへのとおり請求します	なお、この請求により障害厚生・基礎年金、老齢厚生・基礎年金等と受給期間が重複した分については、傷病手当金を小田急グループ健康保険組合にお返しいたします。 令和 1年 6月 1日				
うへの決定金額の受領方を	職名 人事部長	に委任します			
令和 1年 6月 1日	氏名 〇〇 〇〇				
小田急グループ健康保険組合理事長殿	被保険者氏名 小田急 太郎	印			
小田急グループ健康保険組合理事長殿	被保険者氏名 小田急 太郎	印			

外傷の場合は負傷届を添付してください



労務に服さなかった期間	平成1年5月1日から 平成1年5月31日まで	31日間	
事業主が証明するところ	全額支給した場合、または支給する場合	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	金 円 日間の分として (月 日支払) 日額金 円
	一部支給した場合、または支給する場合	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	金 円 日間の分として (月 日支払) 日額金 円
現在までも、また将来も支給しない場合は、その旨	給与規則により 支給しない。		
うへのとおり相違ないことを証明します 令和 1年 6月 1日			
所在地	東京都新宿区0008-8-8		
事業主 名称	00000 株式会社		
事業主 氏名	人事部長 〇〇 〇〇		
印			

傷病名	※ 労務不能と認めた傷病名のみ記入してください。 腰部椎間板ヘルニア		
発病または負傷の原因	不詳		
発病または負傷の年月日	昭和 不詳 年 月 日	うへの療養の給付を開始した年月日	昭和1年5月1日
労務不能と認めた期間	平成1年5月4日から 平成1年5月31日まで	28日間	左の期間中の診療実日数 10日間
傷病の主状態および経過概要	※ 労務不能と認めた期間について詳しくご記入願います。 腰痛、左下肢痛、左下肢しびれがあり、投薬にて経過観察中であるが、症状持続し今後も療養を要す。		
就労見込み	① 〇年 〇月 〇日頃から就労可能の見込み ②現時点では不明である		
うへのとおり相違ありません	令和 1年 5月 31日		
医療機関 所在地	東京都新宿区0009-9-9		
医療機関 名称	00000 総合病院		
医療機関 医師名	〇〇 〇〇		
印			
電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇			

記入上の注意点

- 1.印ははっきり押し、捺印もれのないようにして下さい。
- 2.訂正したときは、それぞれの記入者は氏名の末尾に押した印を訂正印として押して下さい。

2019.5

受付日付印