

被保険者が死亡した場合の請求・・・相続を受ける方が請求者になります。

「うえのとおり請求します」「うえの決定金額の受領方を・・に委任します」の被保険者氏名には相続人の氏名を記入します。

※相続人が被扶養者以外の場合は、必ず戸籍謄本を添付。

・「うえ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	00000 株式会社		被保険者の業務の種別	事務員			係長
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	脳内出血				係員
発病または負傷の年月日	昭和1年5月1日						
給付開始日	平成1年5月4日	請求回数	第2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6月1日から 平成1年6月30日まで	30日間	発病または負傷原因	不詳			
うえ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						外傷の場合は負傷届を添付してください
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 円 平成 年 月 日まで						
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	
うえ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						
うえ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 7月 1日						
うへの決定金額の受領方を	職名		人事部長				印
令和 1年 7月 1日	氏名		0000				
小田急グループ健康保険組合理事長殿	被保険者妻氏名		小田急 愛子				印

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	平成1年6月1日から 平成1年6月30日まで	30日間
	うへの支の期間中の報酬分と	全額支給した場合、または支給する場合	平成 年 月 日から 日間の分として 円 平成 年 月 日まで (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 日間の分として 円 平成 年 月 日まで (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。		
うえのとおり相違ないことを証明します 令和 1年 7月 5日			
所在地		東京都新宿区0008-8-8	
事業主	名称	00000 株式会社	
	氏名	人事部長 0000	
印			

療養を担当した医師が意見を書くところ (もれなくご記入願います)	傷病名	※ 労務不能と認めた傷病名のみ記入してください。 脳内出血		
	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31年4月1日	うへの療養の給付を開始した年月日	昭和31年4月1日
	労務不能と認めた期間	平成1年6月1日から 平成1年6月30日まで	30日間	左の期間中の診療実日数 30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。 入院当初より高熱が続き、吐き気も強く点滴療養を実施するもH19.4.29より意識不明状態となりH19.4.30永眠されました。			
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			
うえのとおり相違ありません 令和 1年 6月 30日				
所在地		東京都新宿区0009-9-9		
医療機関	名称	00000 総合病院		
	医師名	0000		
印				

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。