支 給 決 定 伺

ルネサン	ス健保	使用	欄						η	щ	<i></i>		y	ĮP.	' J						
支	給	決	定	額						円			7	常務理事	事	事務長		主任		担	当
	朴口	1/	Æ	帜						[-]	(決	裁)									
伺	年		月	日	令 🦻	和	年	月		目	()(354)									
決	裁	年	月	日	令	和	年	月		目											
待				期	/	/	\sim		/		資	格	取	得		平成 令和		年	月	日	
支	給	開	始	日	平成	令和	年	月	日		資	格	喪	失		令和		年	月	日	
支	給		期	間	令和	年	月	日から		田田			1	期 間	令和	年	月	日から			日間
	/141		791	IHJ	令和	年	月	日まで		HIN				ài lei	令和	年	月	日まで			H 1H1
支	払	年	月	日	令 🦻	和	年	月		日			Ę	里由	健康	保険法第	条に	こより			
					月額		千円	日額	円		全部 又は	期間	令和	年	月	日から			日間		
標	準		報	酬			令和]	年	月		又は 下支給		λ1 IH1	令和	年	月	日まで			- 10
ाक	4-		+IX	H/II	改定	年月	令和		年	月			Ę	里由	健康	保険法第	条に	こより			
							12.48	•		/1			1	期間		年	月	日から			日間
														yı 164	令和	年	月	日まで			F IE
支	給	額	内	訳		円×	E	=		円			Ę	里由	健康	保険法第	条に	こより			
											期	間満	了	日		令和	年	. J	1	日	

ルネサス健康保険組合 御中

※上記期間満了日は決裁年月日時点での日付となります。

健康保険 傷病手当金請求書 (第 回目)

* 太枠線内を記入してください。 請求書は、1ヶ月(暦月:1日~末日)毎に1枚作成し、毎月提出願います。 (1週間以内の月末・月初は、隣接する月に含めてもよい) 提出日 令和 月 \exists 被保険者の記号・番号(右詰め) ※枝番 (-00) 記入は不要です 被保険者の氏名 番号 記号 事業所の名称 従業員番号 現住所・ 日中の連絡先電話番号 (Tel 発病又は負傷の年月日 平 成 令 和 年 月 日(頃) 病 令和 年 目から 月 傷病又は負傷の 為 休んだ期間 傷病又は負傷の原因 月 日まで 日間 有 ・無 ・請求中 年 月から受給) 障害(厚生)年金、 年金証書の 手当金受給の有無 基 礎 番 障害(厚生)年金、 手当金の年金額 受 給 病 名 円 (年額) 者 私は、傷病手当金の請求に当たって、ルネサス健康保険組合が医療機関等へ照会することに同意します。 また、本同意書の写しも有効とします。 医師に照会が必要な 生年月日 昭和 平成 年 場合の事前同意 被保険者氏名 委任状 欄 9望する 殿に委任します。 本請求に基く給付金に関する受領を 令和 年 月 り支が 被保険者氏名 物和合を 銀行 支店 総合・普通 望って (銀行コード: (支店コード: 2. 当座 口座番号 口座名義人 (カナ)

※障害年金を受給されている場合は	年金受給額のわかる書類と	障害者手帳の写]	(傷病名のわかろもの)を添付願い	ハます

※傷病手当金は連続して4日以上傷病により労務に服さず、給与等の報酬がない(または標準報酬日額より少ない)場合が 支給対象となります。

尚、休業開始から3日間は待期期間の為支給対象外となり、4日目から支給対象となります。

※退職者(予定者含む)の場合は本人口座を選択願います。

※労働者災害補償保険給付(労災給付)を受給されている場合は、労災給付支給決定通知書の写しを添付願います。

尚、労災給付を受給していない場合、申請中の場合は健康保険法第55条第2項等の規定に基づき労働基準監督署等に対し、被保険者の同意を得ることなく労災受給状況確認を行う場合があります。

インプット	受付日付印

	患者氏名											
	傷病名											
	発病 又は 負傷の原因											
療養	発病又は負傷 の 年 月 日	平成 令和 年	三 月 巨	上記(主)傷病に 対する初診日	平成 令和	年 月	目					
を 担	労務不能と認めた期間	令和 年 令和 年	月 日から 月 日まで	日間	左の期間中の診療実日数		日間					
当												
L												
た	傷病の主症状											
医			T									
餇	及び経過概要	人工透析又は	人工透析を実施ス	施又は人工臓器を装着した日 平成 令和 年 月 日 ア、人工 肛 門 イ、人工 膀 胱 ウ、人 工 関 節 ェ、人 工 骨 頭								
Ø		人 工 臓 器 等 を装 着 した とき	人 工 臓 器 等 の 種 類	ア、人工肛門 イ、人 オ、心臓ぺースメーカ カ.			人工 骨頭)					
意					,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	- ,						
見	上記のとおり	相違ありません。		令和 年	月 日							
欄												
		所 在 地 〒										
	医 師	, ,			T							
		氏 名			Tel							

事業		第三者の行為によ	こって負傷	のであ.	るか、な		有 · 無					事業所 担当者名					
業所確認		労働者災害 あるか	補償保険終・ないか				有・無・申請中(予定)										
欄	労働者災害補償保険給付(労災給付)申請あり・申請中(予定)の場合 労災給付申請提出先 労働基準監督署名										()労働基準監督署		
	24 74r) = BE	1.6.1.). 1 HATE	令和		年	月	日から				D 88	ĵ	金	計算	方	法	
	労務に 脂	とさなかった期間	令和		年 月		日まで			日間		月給者・	日給	日給者(該当す		る方に〇)	
		年休・欠勤	年	休		令和	年	月	日	から	令和	年	月	日まで		日間	
		した期間	欠	勤		令和	年	月	日	から	令和	年	月	日まで		日間	
	上記		(自) 年	月	日	(至) 年	月	日	日間		3	5 給額	3	え 払 日		日額	
	エの 期間中																
	の分と	上の期間中の															
事	して支	分とし、報酬															
業	払う報	を全額又は															
主	酬関係	一部支給した															
証		(する)場合															
明																	
欄																	
	現在。 不支給																
	上記のと	を証明します。											事業主				
		令和	年	月	日									担当者	Ä		
	斯在地 事業主 名称 氏名																

<申請書の送付先>

4 1 Mis Ed -4 VET 19 S.D.S.	
加入区分	送付先
一般被保険者	各拠点事業所 総務担当 (送付先不明の場合は各社総務部門へお問合せください。)
退職者で継続給付の方	ルネサス健康保険組合 [〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1]