

支 給 決 定 伺

ルネサス健保使用欄

支 給 決 定 額				円	(決 裁)	常務理事	事務長	主任	担当
同 年 月 日	令 和	年	月	日					
決 裁 年 月 日	令 和	年	月	日					
待 期	/	~	/		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			日間	全部 又は 一部不支給	期 間	令和 年 月 日から		日間
	令和 年 月 日まで					理 由	健康保険法第 条により		
支 払 年 月 日	令 和	年	月	日		期 間	令和 年 月 日から		日間
標 準 報 酬	月額	千円	日額	円		理 由	健康保険法第 条により		
	改定年月	令和 年 月	令和 年 月			期 間	令和 年 月 日から		日間
支 給 額 内 訳	円 × 日 = 円					理 由	健康保険法第 条により		
					期 間 満 了 日	令和 年 月 日			

上記期間満了日は決裁年月日時点での日付となります。

ルネサス健康保険組合 御中

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 年 月 日									
被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の記号・番号(右詰め) 枝番(-00)記入は不要です。				被保険者の氏名					
	記号			番号						
	事業所の名称				従業員番号					
	現住所・日中の連絡先電話番号				()					
	傷病名				発病又は負傷の年月日	平成 令和 年 月 日 (頃)				
	傷病又は負傷の原因				傷病又は負傷の 為 休んだ期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 計 日間			
	障害(厚生)年金、 手当金受給の有無				有・無・請求中 (年 月から受給)		年金証書の 基礎番号			
	受給病名				障害(厚生)年金、 手当金の年金額		円(年額)			
	医師に照会が必要な 場合の事前同意				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。 生年月日 昭和 平成 年 月 日 被保険者氏名					
	ど ち ら か 一 方 を ご 記 入 く だ さ い。	給 与 す る 支 給 を 希 望 す る 場 合	委任状 本請求に基づく給付金に関する受領を 殿に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名							
本 人 口 座 振 込 を 希 望 す る 場 合			銀行 支店 1.総合・普通 (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、障害者手帳の写し(傷病名のわかるもの)を添付願います。

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

療養を 担当した 医師の 意見欄	患者氏名						
	傷病名						
	発病又は負傷の原因						
	発病又は負傷の年月日	平成 令和 年 月 日	上記(主)傷病に対する初診日	平成 令和 年 月 日			
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	左の期間中の 診療実日数	日間		
	傷病の主症状 及び経過概要	人工透析又は人工臓器等を装着した日 平成 令和 年 月 日					
		人工透析又は人工臓器等を装着した	人工臓器等の種類	ア、人工肛門イ、人工膀胱リ、人工関節エ、人工骨頭オ、心臓ハ、スメーカカ、人工透析キ、その他()			
上記のとおり相違ありません。		令和 年 月 日					
所在地 〒							
医師 氏名							

事業所 確認欄	第三者の行為によって負傷したものであるか、ないか	有 ・ 無				事業所 担当者名	
	労働者災害補償保険給付(労災給付)受取があるか・ないか・申請中(予定)か	有 ・ 無 ・ 申請中(予定)					
	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					
事業主 証明欄	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	賃金計算方法 月給者・日給者 (該当する方に)			
	上記の 期間中 の分と して支 払う報 酬関係	年休・欠勤した期間	年休	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間		
		欠勤		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間		
			(自)年 月 日 (至)年 月 日	日間	支給額	支払日	日額
	現在までも又将来も不支給の場合その旨						
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日					事業主 担当者名		
所在地 事業主 名称 氏名							

< 申請書の送付先 >

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]