＜注意＞
◆この請求は、疾病により仕事を休み、かつ給与が支給されない又は一部支給された場合に請求できます。
◆提出書類は2ページあります。両面印刷推奨。片面印刷可。
◆2ページ目の下方に記載の＜申請書の送付先＞に、ご提出ください。

健保使用欄です。記入しないでください。

記号・番号を確認の上、正確に記入してください。
記号・番号は以下の方法で確認できます。
①被保険者証
②マイナポータル
③資格情報のお知らせ

健保使用欄です。記入しないでください。

記入例

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。

提出日と委任日は同日にしてください。

提出日	令和　年　月　日	（1週間以内の月末・月初は、隣接する月に含めてもよい）

被保険者記入欄

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	
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	（TEL　　）		
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	令和　年　月　日から
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		

この期間は、医師の証明期間と一致させてください。

どちらか一方をご記入ください。

⇒ 給与での支給を希望する場合

委任状

本請求に基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

委任者名は、事業所健保担当課で記入しますので記入不要です。

⇒ 本人口座振込を希望する場合

銀行　（銀行コード：　　）	支店（支店コード：　　）	1.総合・普通 2.当座	
口座番号		口座名義人（カナ）	

給与ではなく、個人の口座に振込希望の場合は、委任状欄は記入せず、この欄に記入してください。
退職者（予定者含む）の方も、個人口座振込欄に記入してください。

※障害年金を受給されて

※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の添付願います。
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 負傷の原	
発病又は負 の年月	月　日
労務不能 認めた期	日間
傷病の主症 及び経過概	、人工骨頭 ）
上記の	
医師名称 氏名	TEL

医師による意見欄です。

治療を担当した医師に
記入を依頼してください。

事業主証明欄			
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			
労務に		に○）	
上記の期間中の分として支払う報酬関係		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　所在地 名称 氏名		事業主 担当者名	

事業主記入欄です。
記入をしないでください。

＜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
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］