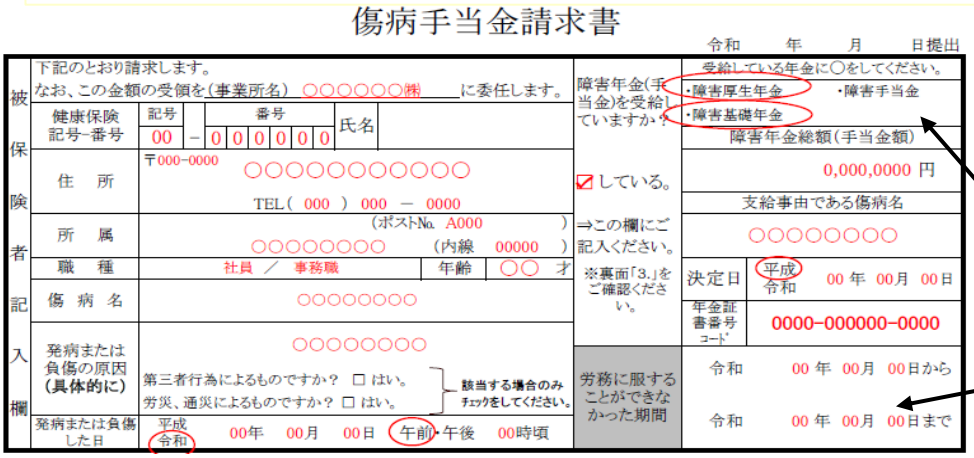
申請書を記入する際には、黒ボールペン等の消えないもので記入ください。
記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、抹消部分に各記入者の訂正印を押して、
正しい内容をご記入ください。



傷病手当金請求書

令和　年　月　日提出

被保険者記入欄

下記のとおり請求します。
なお、この金額の受領を(事業所名)　○○○○○○㈱　に委任します。

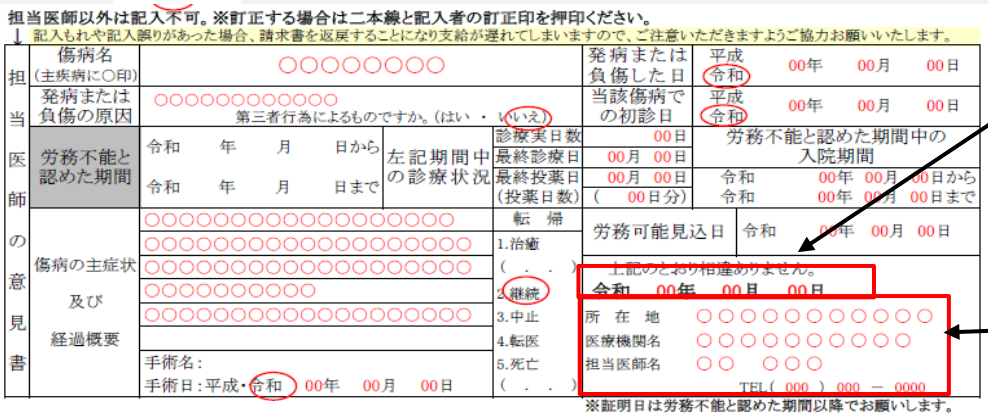
健康保険記号-番号	記号 00 － 番号 0 0 0 0 0 0	氏名	
住所	〒000-0000 ○○○○○○○○○○○○ TEL(000) 000 － 0000		
所属	(ポストNo. A000) ○○○○○○○○ (内線 00000)		
職種	社員 ／ 事務職	年齢	○○ 才
傷病名	○○○○○○○○		
発病または負傷の原因(具体的に)	○○○○○○○○ 第三者行為によるものですか？ □ はい。 労災、通災によるものですか？ □ はい。		該当する場合のみチェックをしてください。
発病または負傷した日	平成 令和 00年 00月 00日 午前・午後 00時頃		

障害年金(手当金)を受給していますか？	受給している年金に○をしてください。 ・障害厚生年金　・障害手当金 ・障害基礎年金
☑ している。	障害年金総額(手当金額) 0,000,0000 円
⇒この欄にご記入ください。	支給事由である傷病名 ○○○○○○○○
※裏面「3.」をご確認ください。	決定日 平成 令和 00 年 00月 00日
	年金証書番号 コード 0000-000000-0000
労務に服することができなかった期間	令和 00 年 00月 00日から 令和 00 年 00月 00日まで

障害年金等を受給している場合は、**年金証書**および**直近の額を証明する書類（年金額改定通知書等）**の写しを添付して

待機期間も含めてご記入ください。

療養を担当した医師が 傷病名・労務不能と認めた期間等について 証明する欄です。
記入漏れ等があった場合、請求書を受理できない 場合がありますのでご注意ください 。



担当医師以外は記入不可。※訂正する場合は二本線と記入者の訂正印を押印ください。
↓ 記入もれや記入誤りがあった場合、請求書を返戻することになり支給が遅れてしまいますので、ご注意いただきますようご協力お願いいたします。

担当医師の意見書

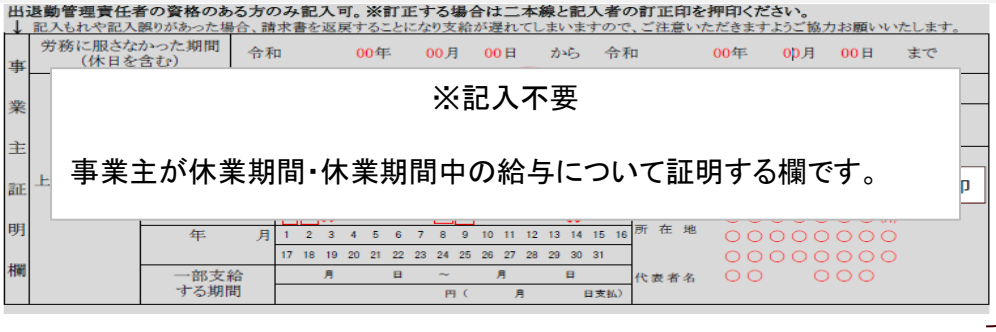
傷病名(主疾病に○印)	○○○○○○○○	発病または負傷した日	平成 令和 00年 00月 00日
発病または負傷の原因	○○○○○○○○○○○○ 第三者行為によるものですか。(はい ・ いいえ)	当該傷病での初診日	平成 令和 00年 00月 00日
労務不能と認めた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	左記期間中の診療状況 診療実日数 00日 / 最終診療日 00月 00日 / 最終投薬日 00月 00日 / (投薬日数) (00日分)	労務不能と認めた期間中の入院期間 令和 00年 00月 00日から 令和 00年 00月 00日まで
傷病の主症状及び経過概要	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○	転帰 1.治癒 (. .) 2.継続 3.中止 4.転医 5.死亡 (. .)	労務可能見込日 令和 00年 00月 00日 上記のとおり相違ありません。 令和 00年 00月 00日 所在地 ○○○○○○○○○○ 医療機関名 ○○○○○○○○○ 担当医師名 ○○ ○○○ TEL(000) 000 － 0000
	手術名： 手術日：平成・令和 00年 00月 00日		

※証明日は労務不能と認めた期間以降でお願いします。

医療機関証明日は労務不能と認めた期間の最終日以降の日付であることをご確認ください。

「医療機関所在地」、「医療機関名称」、「医師氏名」、「電話番号」が記入されていることをご確認ください。

事業主が休業期間・休業期間中の給与について証明する欄です。



出退勤管理責任者の資格のある方のみ記入可。※訂正する場合は二本線と記入者の訂正印を押印ください。
↓ 記入もれや記入誤りがあった場合、請求書を返戻することになり支給が遅れてしまいますので、ご注意いただきますようご協力お願いいたします。

事業主証明欄

労務に服さなかった期間（休日を含む） 令和 00年 00月 00日 から 令和 00年 00月 00日 まで

※記入不要

事業主が休業期間・休業期間中の給与について証明する欄です。

年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

一部支給する期間 月 日 ～ 月 日 円（ 月 日支払）

所在地 ○○○○○○○○○○
代表者名 ○○ ○○○

事業主にて証明後、
マツダ健保へ提出されます

【支給について】

1.毎月、月末で受付けを締め切り、翌月被保険者の事業所に支給します。事業所から保険給付金として支払われます。

【お問い合わせ・提出先】

《マツダ㈱にお勤めの方》

【郵送の場合】　〒730-0037　広島県広島市中区中町7-41　8F 社会保険労務士法人サトー
マツダチーム　傷病手当金担当者　宛

【社内便の場合】　A160　人事支援Gr.　社会保険関連業務委託先：社労士法人サトー宛

【電話】　外線：070-7574-4629　　内線：850-97629

【メール】　sato-syaroushi@mazda.co.jp

《マツダ㈱以外にお勤めの方》

お勤め先の事業所にご提出をお願いいたします。