

<提出先> ・SEI社員(保険証記号11) ⇒ 本社 SEIプロスタッフス 健保担当宛(〒541-0041 大阪市中央区北浜4-5-33)に直接送付ください。
・関係会社社員(保険証記号31～) ⇒ 各社の健康保険担当にご確認ください。

健康保険 傷病 手当金 請求書
手当金付加金

※長期間まとめて請求するのではなく、原則として毎月定期的に請求してください。

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	次の通り請求します。				
	尚、本給付の受領については、私の所属する事業主に委任します。				
	また、この請求に対して健康保険組合が必要とする場合は、医師、事業主、被保険者本人などに照会を行うことに同意いたします。				
	令和 年 月 日				
	所 属 _____				
	住友電気工業健康保険組合 御中 _____		職 番 _____		氏 名 _____
	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	記号	番号	傷 病 名	
	申 請 理 由	☐ 病気 ☐ ケガ	申請理由がケガの 場合は、右欄も 記入してください	ケガをしたときの 用務は何ですか	☐ 業務外（買い物等） 業務関連（ ☐ 工作中 ☐ 出退勤時）
			ケガをした 原因は何ですか	☐ スポーツ中 ☐ 交通事故 ☐ 第三者の行為 ☐ 他（ ）	
	発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	平成・令和 年 月 日		公 的 年 金 等 を 受 け て い ま す か	☐ 受けている ☐ 申請中 ☐ 受けていない
	労 務 に 服 す る こ と が 出 来 な か っ た 期 間	自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日	日 間	公 的 年 金 を 受 け て い る 場 合 は そ の 種 類	☐ 老齢年金 ☐ 障害年金 ☐ 遺族年金 ☐ その他（ ）

退 職 者 記 入 欄	退職者の場合は振込先銀行口座をご記入下さい。（ゆうちょ銀行は不可）				
	銀 行 名	支 店 名	種 別	口 座 番 号	口 座 名 義
			☐ 普 通 ☐ 当 座		

医 師 の 証 明 欄	傷 病 名				診療開始年月日	平成・令和 年 月 日
	労務不能と認めた期間 （証明日までの暦日 をご記入下さい）	自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日	日 間	入 院 期 間	自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日	日 間
	傷病の主症状及び 経 過 概 要					
	通院間隔の指示と 通院間隔並びに投薬状況	通院間隔を指示していますか	治療に必要な通院間隔	投薬(処方)はしていますか	投薬の目的は何ですか	
		はい ・ いいえ	日に1回程度	はい ・ いいえ	治療・再発防止・その他（ ）	
	労務不能と判断した 医 学 的 所 見					
	証明期間を	月	01. 02. 03. 04. 05. 06. 07. 08. 09. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31			
	含む直近の	月	01. 02. 03. 04. 05. 06. 07. 08. 09. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31			
	実診療日	月	01. 02. 03. 04. 05. 06. 07. 08. 09. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31			
	上記の通り証明します。					
住所(所在地)						
医 師 医療機関名						
令和 年 月 日 氏 名						

事 業 主 の 証 明	労 務 に 服 し な か っ た 期 間	自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日	日 間	事業所の 所 在 地	
	上記のうち報酬の全部 又は一部を支払った期 間又は支払うべき期間	有給（ ）日 積休（ ）日 （ ）日		事業所名称	
		自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日	日 間	代表者氏名	

<提出先> ・SEI社員(保険証記号11) ⇒ 本社 SEIプロスタッフス 健保担当宛(〒541-0041 大阪市中央区北浜4-5-33)
・関係会社社員(保険証記号31～) ⇒ 各社の健康保険担当にご確認ください。

記入例

健康保険 傷病 手当金 請求書

※長期間まとめて請求するのではなく、原則として毎月定期的に請求してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	次の通り請求します。				
	尚、本給付の受領については、私の所属する事業主に委任します。				
	また、この請求に対して健康保険組合が必要とする場合は、医師、事業主、被保険者本人などに照会を行うことに同意いたします。				
	令和 3 年 5 月 21 日				
	所属 <u>△△部〇〇グループ</u> 保険証の氏名をご記入ください。 住友電気工業健康保険組合 中 職 番 <u>z04567890</u> 氏 名 <u>健保 太郎</u>				
退 職 者 記 入 欄	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	記 号 <u>123</u>	番 号 <u>456789</u>	傷 病 名	鎖骨骨折
	申 請 理 由	☐ 病気 ☒ ケガ 申請理由がケガの場合は、右欄も記入してください			
	発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	平成 <u>令和</u> 3 年 4 月 22 日			
	公的年金等を受けていますか	☐ 受けている ☐ 申請中 ☒ 受けていない			
	公的年金を受けている場合はその種類	☐ 業務外(買物等) 業務関連 (☐ 工作中 ☐ 出退勤時) ☒ スポーツ中 ☐ 交通事故 ☐ 第三者の行為 ☐ 他 ()			
医 師 の 証 明 欄	労務に服することが出来なかった期間	自 平 <u>令</u> 3 年 4 月 22 日 21 日間 至 平 <u>令</u> 3 年 5 月 12 日			
	退職者の場合は振込先銀行口座をご記入下さい。(ゆうちょ銀行は不可)	銀行名 支店名 種別 口座番号 口座名義			
	公休日や有給休暇取得日を含めた期間を記入してもらってください。	日数に誤りがないかご確認ください。			
	傷 病 名	鎖骨骨折			
	診療開始年月日	平成 <u>令和</u> 3 年 4 月 22 日			
事 業 主 の 証 明	労務不能と認めた期間(証明日までの暦日をご記入下さい)	自 平 <u>令</u> 3 年 4 月 22 日 21 日間 至 平 <u>令</u> 3 年 5 月 12 日			
	入院期間	自 平 <u>令</u> 年 月 日 日間 至 平 <u>令</u> 年 月 日			
	傷病の主症状及び経過概要	鎖骨を骨折し、4/22初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。			
	通院間隔の指示と通院間隔並びに投薬状況	通院間隔を指示していますか ☒ はい ☐ いいえ 治療に必要な通院間隔 7 日に1回程度 投薬(処方)はしていますか ☒ はい ☐ いいえ 投薬の目的は何ですか ☒ 治療 ☐ 再発防止 ☐ その他 ()			
	労務不能と判断した医学的所見	骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後もリハビリが必要であったため、労務不能と判断した。			
事 業 主 の 証 明	証明期間を	4 月 01. 02. 03. 04. 05. 06. 07. 08. 09. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. <u>22.</u> <u>23.</u> <u>24.</u> 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31			
	含む直近の	5 月 <u>01.</u> 02. 03. 04. <u>05.</u> 06. 07. 08. 09. 10. 11. <u>12.</u> 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31			
	実診療日	月 01. 02. 03. 04. 05. 06. 07. 08. 09. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31			
	証明期間の最終日以降になっていることをご確認ください。	住所(所在地) <u>東京都品川区△△1-1</u> 医師 医療機関名 <u>〇〇総合病院</u> 保険 <u>五郎</u>			
	令和 3 年 5 月 20 日	氏 名			
事 業 主 の 証 明	労務に服しなかった期間	自 平 <u>令</u> 年 月 日 日間 至 平 <u>令</u> 年 月 日			
	上記のうち報酬の全部又は一部を支払った期間又は支払うべき期間	有給 () 日 積休 () 日 () 日 自 平 <u>令</u> 年 月 日 日間 至 平 <u>令</u> 年 月 日			
	事業所の所在地	事業所名称			
	代表者氏名				