

支給 決議 書	支給額	百万	拾万	万	千	百	十	円	常務理事	事務長	係	係		
	内訳	法定												
		付加								資格	得喪	年月日	前 回	
	期間	法定	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	日間	決定標準報酬月額	,000円
		付加	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	日間	備考	

≪2ページ目につづく≫

ソニー健康保険組合 理事長 殿
健康保険 傷病手当金・傷病手当付加金 請求書 (第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の 記号・番号	記号 番号	②被保険者の氏名・押印 被保険者本人が氏名を記入した場合は押印不要	㊟	
	③被保険者の住所 支給決定通知書の送付、及 び書類不備の際に使用します	〒 — — — — —			
	④日中連絡の取れる電話番号 お問い合わせの際に使用します 複数可	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	— — — — —	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	— — — — —
	⑤被保険者の勤務 する又は勤務し ていた会社名	⑥被保険者の 業務の種別 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 開発 <input type="checkbox"/> 設計 <input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> 販売 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	⑦発病又は 負傷の年月日	平成 年 月 日	⑧ 傷 病 名		
	⑨発病の状態 又は負傷の原因				
	⑩傷病の療養をする ために休んだ期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間		
	⑪上の⑩に書いた期間に対する報酬はありますか				<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
	⑫第三者の行為によって負傷したものですか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	⑬上の⑫で「はい」と答えた場合はその事実を当健保に届出していますか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	⑭この請求の傷病に対し「障害手当金」又は「障害年金」を受けていますか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	⑮この請求書を提出する時点で退職している、もしくは1ヶ月以内に退職する ことが明らかですか				<input type="checkbox"/> はい⇒⑮へ <input type="checkbox"/> いいえ⇒⑯へ
	⑯この請求書を提出する時点で退職後の健康保険制度（任意継続被保険者制度 ）に加入していますか				<input type="checkbox"/> はい⇒⑰～⑱記入不要 <input type="checkbox"/> いいえ⇒⑰へ（⑱記入不要）
	⑰振込希望口座 銀行か郵便局の どちらか一方を記入	銀 行	銀行 普通 支店 当座	店 番 口座番号	フリガナ 名義人氏名
	郵便局	記号	番号	フリガナ 名義人氏名	
⑱委任状 押印必須(外国籍を 有する方はサイン可)	私は _____ を代理人と定め、上記のとおり請求した傷病手当金及 同付加金の受領方を委任します。 → 被保険者証に記載されている「事業所名称」を記入 平成 年 月 日 被保険者住所 被保険者氏名 ㊟				

任意継続被保険者は退職時の業務にチェックして下さい。

〔注意事項〕

1. 印鑑は認印可。シャチハタ・日付印は不可です。
2. 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。
3. 提出された請求書については、返却・写しの送付等は一切致しません。（書類不備の場合を除く）

受 付 印

〔個人情報保護に関して〕

※個人情報保護ポリシー（基本方針）に則り、取り組みを推進しています。
 ※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。

1. 法令に基づく場合
2. 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
3. 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
4. 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。
 〒141-0001 東京都品川区北品川6-7-35 ソニー健康保険組合 業務室 TEL: 03-5795-6111 FAX: 03-5795-6107
 受付時間/9:00～17:30（土曜、日曜、祝祭日、年末年始を除く）

事業主が記入するところ	① ⁹ 被保険者証の 記号・番号	記号 番号	② ⁰ 被保険者の 氏名					
	② ¹ 労務に服さ なかった期間	平成 平成	年 年	月 月	日 日	か ら ま で	日間	
	上の期間中について、出勤した日がある場合は出勤日と公休日を記入【出勤=○、公休=×							
	平成	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				
	平成	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				
	平成	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				
	平成	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				
	平成	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				
	② ² 上の期間中の分として報酬を支給した場合	平成	年	月	日	か	ら	
		平成	年	月	日	か	ま	円
平成		年	月	日	か	ら		
平成		年	月	日	か	ま	円	
平成		年	月	日	か	ら		
平成	年	月	日	か	ま	円		
② ³ 報酬を支給しない 場合その旨								
上記のとおり相違ないことを証明します。平成 年 月 日								
住所 事業主 氏名								
電話番号 () ④								

〔担当者の方へ〕

- 訂正した場合は、必ず訂正印（事業主印）を押して下さい。
- ②² 欄 給与締めごとに証明し、出勤した日に対する報酬は差し引いて、休業中の報酬を証明して下さい。
- ②² 第1回目の請求の場合は待期間（3日間）と、それ以外の期間を別に証明して下さい。

療養を担当した医師が意見を書くところ	② ⁴ 患者氏名			② ⁵ 傷病名										
	② ⁶ 発病又は 負傷の原因													
	② ⁷ 発病又は 負傷の年月日	平成	年	月	日	② ⁸ 療養の給付を 開始した年月日	平成	年	月	日				
	② ⁹ 労務不能と 認めた期間	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日	まで	日間	③ ⁰ 左の期間中の 診療実日数	日間
	③ ¹ 上の② ⁹ の期間のうち健康保険を使用し て入院した期間がある場合はその期間	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日	まで	日間		
	③ ² 傷病の主状態及 び労務不能と認 めた理由													
	上記のとおり相違ありません。平成 年 月 日													
	医療機関の名称・所在地													
	医師の氏名													
	電話番号 () ④													

〔医師の方へ〕

- 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。
- ③² の欄は、初診日ではなく、その傷病について健康保険による療養を始めた日を記入して下さい。
- ②⁹ の欄は、意見書を記入する日以前において、労務不能と認めた期間を記入して下さい。
- ③² の欄は、なるべく詳しく記入して下さい。

Injury and Sickness Allowance/ Injury and Sickness Allowance additional sum

〈Example〉 ~page 1~

《記入例》1ページ目

Need not be filled out	
& & & & & &	& & & & & &

These sections to be completed by the insured

Health insurance card symbol/ number

Daytime telephone number

Home Office
 Cell phone

Name of company where the insured individual is or was employed

Date of sickness or injury

Period for which time was taken off from work for treatment of injury or sickness (from Y/M/D to Y/M/D, Number of days)

Were you paid during the period noted under "(10)" above?

Is the injury the result of third-party actions?

If you answered "Yes" under "(12)" above, have you notified the Health Insurance Society?

Have you received any injury and sickness allowances or injury-related pension payments for the illness or injury subject to this request?

When submitting this form, is the insured individual retired, or is it clear that he or she will retire within one month?

Upon submission of this form, the insured individual shall be covered by the health insurance system for retirees

Requested bank account for receipt of payments
Enter either a bank or a post office account number

I hereby authorize __ (Business entity) __ to serve as an agent on my behalf and to receive the above funeral charges (costs) and benefits for which application was made above.

Approval seal (mechanical seals are not acceptable)
If the insured provides his or her signature above, his or her seal need not be affixed.

999 999999	●被保険者本人が氏名を記入した場合は押印不要	健保 太郎 Name and Seal of the insured			
999-9999 Insured person's address		Type of business of the insured Operations - marketing - development - design - manufacturing sales -others			
〇〇県△△市××99-99		〇〇××株式会社			
17 2 頃		胃潰瘍			
食事の後、胃が痛むようになり病院へ行った		Medical conditions or cause of injury			
7 2 15 7 2 23		9 (Yes/No)			
		✓			
		✓			
		✓			
		Yes⇒15 No ⇒18			
		Yes⇒Skip 17 to 18 No ⇒Go to 17 (Skip 18)			
Bank	Name and branch of financial institution	Branch no	Furigana		
Post office	Symbol _	Account number	Name of account holder		
〇〇××株式会社		〇〇県△△市××99-99			
健保 太郎		17 2 28			

An account in the name of the individual insured

Account type:
ordinary account/
current account

●押印必須(外国国籍を有する方はサイン可)

Address of the insured

Name of the insured

Approval seal
Mechanical seals are not acceptable
Individuals with other than Japanese nationalities may sign in lieu of affixing a seal

Date on which letter of attorney was completed (Y/M/D)

《記入例》2ページ目

事業主が記入するところ	③ 被保険者証の 記号・番号	記号 999	番号 999999	④ 被保険者の 氏名	健保 太郎																											
	⑩ 労務に服さ なかつた期間	平成 17年 2月 15日 から	平成 17年 2月 23日 まで	9日間																												
	上の期間中について、出勤した日がある場合は出勤日と公休日を記入【出勤=○、公休×】																															
	平成 17年 2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
	平成 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
	平成 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
	平成 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
	平成 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
	④④	上の期間中 で報酬を支給 台					Obtain a certificate from your business facility																									
	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで	円																													
平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで	円																														
④⑤ 報酬を支給しない 場合その旨	上記のとおり相違ないことを証明します。平成 17年 3月 1日																															
住所	〇〇県△△市□□777																															
事業主	〇〇××株式会社																															
氏名	△△ △△																															
電話番号	888 (888) 8888																															

[担当者の方へ]

- 訂正した場合は、必ず訂正印（事業主印）を押して下さい。
- ④④欄 給与締めごとに証明し、出勤した日に対する報酬は差し引いて、休業中の報酬を証明して下さい。
- ④④第1回目の請求の場合は待期間（3日間）と、それ以外の期間を別に証明して下さい。

療養を担当した医師が意見を書くところ	④⑥ 患者氏名	健保 太郎	④⑦ 傷病名	胃潰瘍	
	④⑧ 発病又は 負傷の原因	胃炎とヒロリ菌が原因と思われる			
	④⑨ 発病又は 負傷の年月日	平成 17年 2月 頃	④⑩ 療養の給付を 開始した年月日	平成 17年 2月 15日	
	④⑪ 労務不能と 認めた期間	平成 17年 2月 15日 から	④⑫ 左の期間中の 給付日数	6日間	
	④⑬ 上の④⑪の期間のうち 入院した期間が				
	④⑭ 傷病の主状態及 び労務不能と認 めた理由	以上。以下余白。			
	上記のとおり相違ありません。平成 17年 2月 25日				
医療機関の名称・所在地	□□県〇〇市××999-9999 ××××病院				
医師の氏名	□□ □□				
電話番号	88 (8886) 8868				

[医師の方へ]

- 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。
- ④⑩ の欄は、初診日ではなく、その傷病について健康保険による療養を始めた日を記入して下さい。
- ④⑫ の欄は、意見書を記入する日以前において、労務不能と認めた期間を記入して下さい。
- ④⑭ の欄は、なるべく詳しく記入して下さい。

Injury and Sickness Allowance/ Injury and Sickness Allowance additional sum

(Example) When the insured requests payment after losing his or her eligibility ~page 1~

《記入例》被保険者だった者が資格喪失後に請求する場合 1 ページ目

支給 決議 書	支給額	百万	拾万	万	千	百	十	円	常務理事	事務長	係	係				
	内	法定	Need not be filled out													
		付加							資格	得	年	月	日			
期間	法定	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	前	始	年	月	日	
		付加	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	回	終	年	月	日

These sections to be completed by the insured

Health insurance card symbol/ number

Daytime telephone number
 Home Office Cell phone

Name of company where the insured individual is or was employed

Date of sickness or injury

Period for which time was taken off from work for treatment of injury or sickness (from Y/M/D to Y/M/D, Number of days)

Were you paid during the period noted under "(10)" above?

Is the injury the result of third-party actions?

If you answered "Yes" under "(12)" above, have you notified the Health Insurance Society?

Have you received any injury and sickness allowances or injury-related pension payments for the illness or injury subject to this request?

When submitting this form, is the insured individual retired, or is it clear that he or she will retire within one month?

Upon submission of this form, the insured individual shall be covered by the health insurance system for retirees

Approval seal (mechanical seals are not acceptable) If the insured provides his or her signature above, his or her seal need not be affixed.

ソニー健康保険組合 理事長 殿
健康保険 傷病手当金・傷病手当付加金 請求書 (第 回目)

①被保険者証の記号・番号	999 999999	②被保険者の氏名・押印	健保 太郎 Name and Seal of the insured
③被保険者の住所	〒999-9999 Insured person's address 〇〇県△△市××99-99		
④日中連絡の取れる電話番号	99-9999-9999	⑥被保険者の業務の種類別	<input checked="" type="checkbox"/> 事務 <input checked="" type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 開発 <input type="checkbox"/> 設計 <input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> 販売 <input type="checkbox"/> その他
⑤被保険者の勤務する又は勤務していた会社名	〇〇××株式会社		
⑦発病又は負傷の年月日	平成 17年 2月 頃	⑧傷病名	胃潰瘍
⑨発病の状態又は負傷の原因	食事の後、胃が痛むようになり病院へ行った Medical conditions or cause of injury		
⑩傷病の療養のために休んだ期間	平成 17年 2月 15日 から 平成 17年 2月 23日 まで	9日間	(Yes/No)
⑪上の⑩に書いた期間に対する報酬はありますか	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
⑫第三者の行為によって負傷したものです	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
⑬上の⑫で「はい」と答えた場合はその事実を当健保に届出ていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
⑭この請求の傷病に対し「障害手当金」又は「障害年金」を受けていますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
⑮この請求書を提出する時点で退職している、もしくは1ヶ月以内に退職することか	<input checked="" type="checkbox"/> はい⇒⑮へ Yes⇒15 <input type="checkbox"/> いいえ⇒⑮へ No ⇒18		
⑯この請求書を提出する時点で退職後の健康保険に加入していますか	<input type="checkbox"/> はい⇒⑰～⑱へ Yes⇒Skip 17 to 18 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ⇒⑰へ (No ⇒Go to 17 (Skip 18))		
⑰振込希望口座	銀行	〇〇	銀行 普通 店番 999 Bank 支店 当座 口座番号 9999999
⑰銀行か郵便局のどちらか一方を記入	郵便局	記号 〇〇	番号 〇〇 Post office Symbol Number Account number
⑱委任状	私は _____ を代理人と定め、上記のとおり請求した傷病手当金同付加金の受領方を委任します。被保険者証に記載されている「事業所名称」を記入 平成 年 月 日 被保険者住所 _____ 被保険者氏名 _____		

〔注意事項〕

1. 印鑑は認印可。シャチハタ・日付印は不可です。
2. 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。
3. 提出された請求書については、返却・写しの送付等は一切致しません。（書類不備の場合を除く）

Requested bank account for receipt of payments
Enter either a bank or a post office account number

【に関して】
保護ポリシー（基本方針）に則り、取り組みを推進しています。
いずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。
命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
生計の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
関係若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき
※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。
〒141-0001 東京都品川区北品川6-7-35 ソニー健康保険組合 業務室 : 03-5795-6111 FAX:0 3-5795-6107
受付時間/9:00~17:30 (土曜、日曜、祝祭日、年末年始を除く)
傷手1 H174

受 付 印

2 ページ目につづく

任意継続被保険者は退職時の業務にチェ...

<Example> When the insured requests payment after losing his or her eligibility ~page 2~

《記入例》被保険者だった者が資格喪失後に請求する場合 2ページ目

事業主が記入するところ	③ 被保険者証の 記号・番号	記号 999 番号 999999	④ 被保険者の 氏名	健保 太郎	
	⑧ 労務に服さ なかつた期間	平成 17年 2月 15日 から 平成 17年 2月 23日 まで	9日間		
	上の期間中について、出勤した日がある場合は出勤日と公休日を記入【出勤=○、公休×】				
	平成 17年 2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			
	平成 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			
	平成 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			
	平成 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			
	平成 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			
	④④	上の期間中 で報酬を支 給された 場合			
	<p style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;">If the period for which payment is requested (noted under "(8)" on page 1) coincides with your period of employment, obtain a certificate from the business facility at which you had worked. No certificate is required if the period for which payment is requested does not coincide with your period of employment.</p>				
④⑤ 報酬を支給しない 場合その旨	上記のとおり相違ないことを証明します。平成 17年 3月 1日				
住所		〇〇県△△市□□777			
事業主		〇〇××株式会社			
氏名		△△ △△			
電話番号		888 (888) 8888			

[担当者の方へ]

- 訂正した場合は、必ず訂正印（事業主印）を押して下さい。
- ④④欄 給与締めごとに証明し、出勤した日に対する報酬は差し引いて、休業中の報酬を証明して下さい。
- ④④第1回目の請求の場合は待期間（3日間）と、それ以外の期間を別に証明して下さい。

療養を担当した医師が意見を書くところ	④⑥ 患者氏名	健保 太郎	④⑦ 傷病名	胃潰瘍
	④⑧ 発病又は 負傷の原因	胃炎とヒロリ菌が原因と思われる		
	④⑨ 発病又は 負傷の年月日	平成 17年 2月 頃 日	④⑩ 療養の給付を 開始した年月日	平成 17年 2月 15日
	④⑪ 労務不能と 認めた期間	平成 17年 2月 15日 から 平成 17年 2月 21日 まで	④⑫ 左の期間中の 給付期間	6日間
	④⑬ 上の④⑪の期間のうち 入院した期間が			
	④⑭ 傷病の主状態及 び労務不能と認 めた理由	上記のとおり相違ありません。平成 17年 2月 25日		
	医療機関の名称・所在地		□□県〇〇市××999-9999 ××××病院	
医師の氏名		□□ □□ 電話番号 88 (8886) 8868		

[医師の方へ]

- 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。
- ④⑩ の欄は、初診日ではなく、その傷病について健康保険による療養を始めた日を記入して下さい。
- ④⑫ の欄は、意見書を記入する日以前において、労務不能と認めた期間を記入して下さい。
- ④⑬ の欄は、なるべく詳しく記入して下さい。