

被保険者が記入するところ	健康保険証の記号番号		標準報酬月額		事業所の名称	
	資格取得年月日	昭和 年 月 日 平成	業務の種別			
	第三者行為に該当しますか	いいえ ・ はい	障害年金又は厚生年金を受給していますか		いいえ ・ 請求中 ・ はい	
	被保険者の個人番号(マイナンバー) (記号番号を記入した場合は <b>記入不要</b> です。)					
	傷病名		発病又は負傷の年月日	平成 年 月 日 令和		
	発病又は負傷の原因					
	発病又は負傷の療養をするために休んだ期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間				
	上記期間中に報酬を受けた又は受けられるときはその報酬額および期間	令和 年 月 から 令和 年 月 まで	日分として		円	
	上記のとおり請求いたします。			令和 年 月 日		
	被保険者の住所 〒	氏名		電話		
OKK健康保険組合 殿						

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間
	上記期部を支合はそ	<p>★初回申請時★ 療養のため休み始めた日から無給になった月の末日を記入してください。</p> <p>★2回目以降★ 以後申請は、月初から月末(例:4/1~4/30)の1か月(暦月)単位で記入してください。</p>
	上記の	令和 年 月 日
事業主 住所		
氏名		
電話		

受取代理人欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	被保険者 住所 〒	
	氏名	
代理人の氏名と印	(フリガナ)	委任者と代理人との関係

振込口座 \_\_\_\_\_ 銀行 \_\_\_\_\_ 支店 普通 No. \_\_\_\_\_

   で囲まれた部分に漏れなく記入してください。



療養を担当した医師が意見を記入するところ	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	年	月	日	療養の給付を開始した年月日	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	左記期間中 診療実日数		日
	上記期間中入院期間がある場合は、その期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日	まで	日間	
	傷病の主症状および経過概要	<p>(1) 上記期間中における主症状及び経過(治療内容、検査結果、療養指導など詳しく)</p> <p>(2) 症状の経過からみて将来の就業について労務不能と認められた医学的所見</p> <div style="border: 2px solid blue; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p style="color: blue; text-align: center;">かかりつけのお医者様に療養のため労務不能であった期間を過ぎてから、その事実の証明をもらってください。</p> </div>				
上記のとおり相違ありません。		令和 年 月 日				
医師 住所(所在地) 〒						
医療機関名						
氏 名						
電 話						

<被保険者注意事項>

- ・第三者行為によるものと、年金受給に関する項目は必ず記入してください。
- ・障害年金、老齢年金等の各種年金を受給している場合は、下記の書類を添付してください。  
『年金証書の写し』又は、『年金額改定通知書の写し』
- ・労災保険の休業補償給付を受給している場合は、下記の書類を添付してください。  
『休業補償給付支給決定通知書の写し』
- ・資格喪失(退職)後の継続給付の初回申請時には、『雇用保険受給期間延長通知書の写し』を添付してください。

<事業主注意事項>

- ・療養のため休んだ期間の『出勤簿』と『賃金台帳』(ともに写し)を添付してください。