※担当者を記入してください

## □**傷病手当金・傷病手当付加金** 請求書 (第 □延 長 傷 病 手 当 付 加 金

・延長傷病手当付加金請求書は、傷病手当金・傷病手当付加金請求書とは別に記入が必要です。

・被保	険者	(社員)死亡の	場合は	、「戸籍全部	事項証明書	(原本)	を添付し	してくださ	きい。				
	①被保険者の 記号					②被(	保険者						
	記号·番号 番兒					の氏名	3					才	
	3	事業所の名称											
	④発病または 負傷年月日			年	月	日	⑤傷	病名					
	⑥発病または負傷の 原因(詳しく)						1						
	⑦労務に服すること ができなかった期間			年 月年 月		日 から 日 まで				E	日間		
	8	第三者行為によ	よる傷病	ですか					はい	۸,	いいえ	-	
請	9)	業務上または通	動途上	での傷病で	すか		はい いい:				いいえ	<u>.                                      </u>	
求	障害年金・手当金について	⑩ア) <u>上記傷物</u> すか	<u>ヽて</u> 、障害年	金または障害	手当金	を受け	ていま	はい 請求中 いいえ (「はい」の場合は下記を記入)					
		イ)年金の種類	障害年金		ウ)年金額		障害基礎年金					円/年	
者				障害手当金	7)一业员	· 障:	障害厚生年					132 +	
		エ)年金を受けることになった日						年	月	日			
記		※「はい」を選択された方は、①障害年金証書 ②支給開始年月日を証明する書類 ③直近の年金支払通知書 の写しを添付してください。(手当金該当の方は、支給額を証明する書類の写し)											
入	⑪⑫の質問は、退職者の方のみ回答してください。												
	老齢年金について	⑪ア)老齢また	はを事由とする	る公的年金を	受給していますか			はい※ 請求中 いいえ (「はい」の場合は下記を記入)					
欄		1)老齢年	∓金の名	3称	ウ)受給年月日				エ)年金額	頁			
					年	月	日					円/年	
		※「はい」を選択された方は、①年金証書 ②支給開始年月日を証明する書類 ③直近の年金支払通知書の写しを添付してください。											
	雇用保険について	⑫ア)傷病手当金の請求期間に雇用保険を受給されていますか はい いいえ※ 延長中※											
		※「いいえ」「延長中」を選択された方は、次の書類を提出してください。 a) 雇用保険受給申し込みをしていない・・・離職票(1)、(2)の写し b) 雇用保険受給期間を延長している・・・・離職票(1)、(2)、雇用保険受給期間延長通知書の写し c) 雇用保険を満了している・・・・・・・・・雇用保険受給資格者証の写し(支給終了と印字されたもの)											
	(13) 振込先			<b>融機関名</b> 支店名			種別		]座番号	名義(力	名義(カタカナで		
	_	旅 込 元 請 求 者 名 義 )					普通 当座						
上記のとおり請求します。													
また、健保組合が傷病手当金の支給に必要な確認を、事業主、他の保険者や医療機関(医師)に対して行うことに同意します。傷病手当金第一回目の請求及び延長傷病手当金の請求時、その他必要と認められる時には、事業主を通じて健													
ます。 「病病子ヨ並第一回日の謂水及び延衣傷病子ヨ並の謂水时、ての他必安と認められる時には、事業主を通じて健康保険組合に医師の診断書を提出することに同意します。													

年 月 日	1	
+ // E	・ 請求者の住所 <sup>:</sup>	T
	氏名	i
ところ 一体 専行 除組 今 理 東 目 駅	電話番点	号 ( )

氏名												
		労務に服	さなかった	-期間		年 年	月月	日か 日ま <sup>*</sup>		日間		
	_	全額支給※			年 年 ( <b>日額</b>	月 月 :	日か 日 a		として <u>金</u> 報酬日額計算	円 即表参照		
事業主証明欄	上記期間中の報酬状況	一部支給※			年 年 ( <b>日額</b>	月 月 :	日か日		として <u>金</u> 報酬日額計算	円 『別表参照		
	の報酬状況	一部支給※			年 年 ( <b>日額</b>	月 月 月 :	日か 日 ā		として <u>金</u> 報酬日額計算	円 ፲別表参照		
		全額不支給の場合はその旨										
	上言	記のとおり 年	相違ない。 月	ことを証明し。 日 事業主	ます。 住所							
					代表者氏名							
	<事業主コメント欄>※事業主もしくは直属上司により、上記期間中の経過および症状の変化等を記載して下さい。											
\u00e4	1 = atr _10, -pr	7° +12 +12 +1	.AA .&L 7	18 A / L - #L:	致 幸 ひ 15 4& <i>仁</i>	(記入者		e -e -kg 문제		たぶひし アノゼヤン		

※初回請求及び報酬支給がある場合は、勤務表及び給与明細の写し・傷手報酬日額計算別表を添付してください。 ※傷病手当金・傷病手当付加金、延長傷病手当付加金の初回請求時には、医師の診断書(写)を必ず添付してください。

傷病名				発病または 負傷の原因				
発病または 負傷年月日	年	月	日	療養の給付を 開始した年月日		年	月	日
労務不能と 認めた期間	年 年	月 月	日から 日まで	日間	期間中の 診療 実日数			日間
傷病の主症状 および経過概要 (詳しくご記入ください)								
上記のとおり相違ありません。								
年月	l B							
	医療機関の	名 称電話番	号	(	)			
	発病または 負傷年月日 労務不能と 認めた期間 傷病の主症状 および経過概要 (詳しくご記入ください)	発病または 負傷年月日 労務不能と 認めた期間 年 傷病の主症状 および経過概要 (詳しくご記入ください) 上記のとおり相違ありません。 年 月 日	発病または 負傷年月日 年 月 労務不能と 年 月 認めた期間 年 月 傷病の主症状 および経過概要 (詳しくご記入ください) 上記のとおり相違ありません。 年 月 日 医療機関の所在地 名 称 電話番	発病または 負傷年月日 年 月 日 労務不能と 年 月 日から 認めた期間 年 月 日まで 傷病の主症状 および経過概要 (詳しくご記入ください) 上記のとおり相違ありません。 年 月 日 医療機関の所在地	場所名       負傷の原因         発病または 負傷年月日       年月日日 労務不能と 認めた期間       年月日から 年月日まで         傷病の主症状 および経過概要 (詳しくご記入ください)       日間         上記のとおり相違ありません。       年月日         医療機関の所在地名       名称         電話番号       (	競病者       負傷の原因         発病または 負傷年月日       年月日       日から 開始した年月日         労務不能と 認めた期間       年月日まで       日間         傷病の主症状 および経過概要 (詳しくご記入ください)       よび経過概要 (詳しくご記入ください)         上記のとおり相違ありません。       年月日         医療機関の所在地名       名称         電話番号       ( )	優病なたは 負傷年月日       年月日       日間       年 開始した年月日       年 期間中の 診療 実日数         一日のとおり相違ありません。       年月日       日間       日間       日間         上記のとおり相違ありません。       年月日       日間       医療機関の所在地名       名       本         電話番号       ( )       )       )	養病または