

事業所担当者( )<経由>→健保組合(退職された方は直接健保へ送付)

傷病手当金・傷病手当付加金 請求書 (第 1 回目)  
 延長傷病手当付加金

①被保険者証の記号・番号	記号 1 番号 12345	②被保険者の氏名	健保 太郎			
③事業所の名称	ヤンマー株式会社					
④発病または負傷年月日	H25 年 2 月 10 日	⑤傷病名	脳挫傷			
⑥発病または負傷の原因(詳しく)	H25年2月10日14時頃、××スキー場にて滑走中に転倒し、地面で頭を強く打つ。 場所・日時等できるだけ詳しくご記入ください。					
⑦労務に服することができなかった期間	H25 年 2 月 10 日 から H25 年 2 月 28 日 まで		19 日間			
⑧第三者行為による傷病	原則、1ヶ月1枚で申請してください。		はい	いいえ		
⑨業務上または通勤途上での傷病ですか			はい	いいえ		
被 保 険 者 記 入 欄	⑩ア)上記傷病において、障害年金または障害手当金を受けていますか			はい	請求中	いいえ
	イ)年金の種類	障害年金 障害手当金	ウ)年金額	円/年		
	エ)年金を受けることになった日		年 月 日			
	※該当の方は、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)					
老 齢 年 金 に 関 し て	⑪ア)老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか			はい	請求中	いいえ
	イ)老齢年金の名称	ウ)受給年月日	エ)年金額			
	年 月 日		円/年			
※「はい」の方は、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 関 し 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」の方は、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)共に原本 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(原本) 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 (被保険者名義)	金融機関名	支店名	種別	口座番号	名義(カタカナで記入)	
	△銀行	××支店	普通当座	0123456	ケンホ タロウ	

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、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。その際の医師への照会に文書料が必要な場合は負担致します。

平成25年 3 月 5 日

被保険者の住所 〒 123-4567

△△市××1-2-3

氏名 健保 太郎

電話番号 \* \* \* ( \* \* \* ) \* \* \* \*

ヤンマー健康保険組合理事長 殿



氏名	健保 太郎
----	-------

事業主証明欄	労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	上記期間中の報酬状況	年 月 日から 年 月 日までの分として金.....円 (日額: .....)円	月 日支払
	全額支給	年 月 日から 年 月 日までの分として金.....円 (日額: .....)円	月 日支払
	一部支給	年 月 日から 年 月 日までの分として金.....円 (日額: .....)円	月 日支払
	不支給の場合はその	事業主の証明をもらってください。	
	上記のとおり相違ないことを証明します。		
	年 月 日	事業主 住所	氏名 ⑩
	<事業主コメント欄>※事業主もしくは直属上司による経過および症状の変化等を記載して下さい。		

※第一回目および一部支給の場合は、勤務表及び給与明細の写しを添付してください。

療養を担当した医師の意見書	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	
	労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 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)	医療機関で証明をもらってください。		
		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	医師の氏名 ⑩	
	電話番号	( )		