

傷病手当金・
傷病手当付加金請求書

(第 回 目)

1/2頁

被 保 険 者 の 記 入 欄	被 保 険 者 証		事 業 所		所 属 (部・課・係等)		
	記号		番号				
	氏名 (自署) 生年月日□昭和□平成□令和 年 月 日			住所 TEL ()			
	発病または 負傷年月日		5□昭和 7□平成 9□令和 年 月 日	傷病名			
	発病または 負傷の原因		第三者行為による 負傷ですか?		□いいえ □はい		
			通勤途上による 負傷ですか?		□いいえ □はい		
			労済保険から休業補償 を受けていますか?		□いいえ □はい □請求中		
	休んだ期間 の療養状況						
	※1 労務に服することが できず休んだ期間		□平成 □令和	年 月 日 ~		□平成 □令和	年 月 日 (日間)
	※2		年金の受給状況 □受給していない □申請中 □受給している				
障害基礎(厚生)年金 障害手当金 老齢基礎(厚生)年金 受給状況について		年金の種別		□障害基礎(厚生)年金 □障害手当金 □老齢基礎(厚生)年金			
		障害基礎(厚生)年金・障害手当金受給の原因 (障害名:)					
		基礎年金 番号	年金 コード	支給開始 年月日	5□昭和 7□平成 9□令和 年 月 日	年金額 円	
※3 出産予定はありますか?		□ ない □ ある (令和 年 月 日 出産予定日)					
<p>上記のとおり請求いたします。 また、傷病手当金と以下の給付が重複した場合、傷病手当金および同付加金を返還することを誓約いたします。</p> <ol style="list-style-type: none"> 障害厚生年金・障害基礎年金あるいは障害手当金(傷病手当金と関連する傷病の場合) 休業補償給付(労災保険) 第三者行為による相手方からの休業補償費 老齢厚生年金・老齢基礎年金 出産手当金 <p>令和 年 月 日 中越パルプ工業健康保険組合理事長殿 〒 - TEL(- -) 住所 請求者 氏名 (自署)</p> <p>※被保険者死亡時の請求者は相続人であること。(別途「念書」提出のこと)</p> <p>被保険者証の記号番号を記入の場合、個人番号記載は不要ですが、記号番号に代えて、個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載ください。 個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。</p>							
備考欄							
<p>私は事業主を代理人と定め、上記のとおり請求した傷病手当金等の受領を委任いたします。 令和 年 月 日 〒 - TEL(- -) 住所 被保険者の 氏名</p>							
振込希望 金融機関		銀行 金庫		支店 出張所		口座名義人(カタカナ)※被保険者名義 口座種別及び番号 (普通・当座・通知)	

【被保険者欄の記入時の注意事項等】

- ※1 有給休暇期間による給料支給期間も含めて記入してください。
- ※2 障害・老齢年金等に該当する場合は、年金証書と直近の年金額を証明する書類(年金振込通知書)写しを添付してください。
- ※3 出産手当金と傷病手当金が同時に受けられるようになったときは、出産手当金の支給が優先されます。
ただし、出産手当金の額が、傷病手当金の額より少ない場合は、差額が支給されます。
- 本請求書2頁に医師の意見欄を記入してもらい、本請求書1頁とあわせて事業主へ提出ください。
なお、任意継続者で、退職後の期間に係る請求については事業主の証明は不要ですので、直接健康保険組へ提出ください。
- 傷病手当金は、給与の代わりとなるものですので、1ヶ月ごとに請求してください。(毎月15日健康保険組合に必着)
- 必要事項にご記入がない場合、本請求書を返却することもありますのでご注意ください。
- ご記入、ご提出いただいた添付書類は、傷病手当金等の支給にのみ利用させていただきます。
- 傷病手当金等の支給は、原則毎月25日(休日の場合は、前営業日)に給与口座へ振り込みます。
ただし、事業主から給与等振り込みがない場合、任意継続者については、健康保険組合より直接振り込みます。
- 振込額については、医療費通知にてご確認ください。又は、別途支給決定通知書にて通知します。
- 間違えて記入され、訂正する場合は、修正液等を使用せず、二重線で消し、訂正箇所サインをしてください。

傷病手当金・
傷病手当付加金請求書

療養担当者（医師）が意見を記入するところ	患者氏名	発病又は負傷日	5□昭和 7□平成 9□令和	年	月	日	初診日	5□昭和 7□平成 9□令和	年	月	日	
	傷病名											
	発病または負傷の原因											
	労務不能と認められた期間	□平成 □令和		年	月	日	～	□平成 □令和		年	月	日（日間）
	うち入院期間	□平成 □令和		年	月	日	～	□平成 □令和		年	月	日（日間）
	療養費用の別	□健保 □自費 □公費（ ） □その他（ ）		転帰		□治癒 □中止 □繰越 □転医						
	診療実日数	診察日を	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									
		○で囲んで	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									
		日 ください	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									
	傷病の主症状および経過概要	(労務不能と認められた医学的な所見をできるだけ詳しく記入してください。)							手術年月日 令和 年 月 日			
							退院年月日 令和 年 月 日					
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日												
医療機関の所在地												
医療機関の名称												
医師の氏名												
TEL ()												

【医療担当者の方へ】

- ・ 労務不能と認められた期間が経過した後に証明してください。未来日の証明はしないでください。
- ・ 意見欄は、記入漏れなく、主症状等はくわしく証明してください。漏れがあると支給できない場合もあります。
- ・ 記入箇所を訂正するときは、二重線で消し、訂正箇所に医者サインをしてください。

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	□平成 □令和		年	月	日	～	□平成 □令和		年	月	日（日間）
	上記の期間中の分として支払う報酬関係	全額支給した場合、又は支給する場	□平成 □令和		年	月	日から	金		円	（日額	円）
		の分として	□平成 □令和		年	月	日まで					
	一部支給した場合、又は支給する場	□平成 □令和		年	月	日から	金		円	（日額	円）	
	の分として	□平成 □令和		年	月	日まで						
現在までも又、将来も支給しない場合は、その旨												
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日												
事業所の所在地												
事業所の名称												
事業主の氏名												
TEL ()												

【事業主担当者の方へ】

- ・ 記入箇所を訂正するときは、二重線で消し、訂正箇所に担当者のサインをしてください。

健康保険組合使用欄

受付日	年	月	日							
支給日	年	月	日							
支給額	円									
(内 付加金)	(円)									
支給期間	自	年	月	日	～	至	年	月	日	日間
支給開始日	年	月	日							
支給日数計	日間									

--	--	--	--

受 付 印
