

健保組合	常務理事	事務長	課長	主事	担当
------	------	-----	----	----	----

傷病手当金・延長傷病手当金付加金請求書

裏面の注意事項等を読んで、記入もれ・添付もれのないようにしてください。

被保険者記入欄	請求期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (日間)		請求日	平成 年 月 日		
	被保険者証の記号番号	-		被保険者の氏名	(印)	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	
	自宅の住所等	〒		(Tel)	-		
	照会等の同意	私は、本手当金の支給に際し、貴健康保険組合が必要に応じ、担当医、事業主、年金事務所または他の関係する保険者等に必要情報を提示することおよび照会することに同意します。また、この請求書の写しも有効であることに同意します。			氏名	(印)	業務の種類 <input type="checkbox"/> 事務・技術職 <input type="checkbox"/> 生産職 <input type="checkbox"/> ()
	委任欄	※「川崎重工業、任意継続」以外の事業所の方は、右記を記入してください		この給付金の受領に関する権限を事業主に委任します。		氏名	(印)
	発病・負傷の原因	原因: <input type="checkbox"/> 私傷病 <input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等)					
公的年金受給状況	障害年金 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 請求中		老齢年金 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 請求中		※年金受給者は年金決定通知書・年金額改定通知書の写しを添付してください		

医師意見記入欄	労務不能の傷病名	発病・負傷の原因		発病・負傷日	平成 年 月 日	
				診療開始日	平成 年 月 日	
	労務不能と認められた期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	診療実日数	日	左記のうち入院した期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
	労務不能と認められた主症状と経過概要					引き続き休業を <input type="checkbox"/> 要する <input type="checkbox"/> 要しない 日間
上記のとおり相違ありません。 医療機関の住所 平成 年 月 日 医療機関名 (印) 医師の氏名 (Tel) - -						

事業主証明欄	休業した期間	出勤は／、有給休暇等は△、欠勤は○で表示し、休日は日付を赤○で囲んでください。																															
	年 月 日	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	
		月																															
	年 月 日	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	
日間	月																																
上記休業期間後の状況	<input type="checkbox"/> 引き続き欠勤している <input type="checkbox"/> 月 日から出勤している																																
上記期間のうち報酬の全部又は一部を支給したとき又は支給するときは、その期間および支給金額	平成 年 月 日 ~		支給金額		休業証明取扱者印																												
平成 年 月 日 日分		円		(印)																													
上記のとおり相違ないことを証明します。 住所 平成 年 月 日 事業主 名称 氏名																																	

組合決定欄	療養の給付開始	種別	支給期間	日数	支給決定金額
	平成 年 月 日	傷病手当金	平成 年 月 日 ~	日	円
	支給済期間		平成 年 月 日		
	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	延長傷病手当金	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	日	円
標準報酬月額	月まで 千円 月から 千円	支給決定合計	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	日	円
備考					

《 注 意 事 項 》

1. 傷病手当金は、被保険者が病気やけがをして医師の指示により療養のため会社を休んだとき、会社から給料を受けなかった場合に支給されます。
傷病手当金は給与に代わるものですから、1ヵ月ごとに請求してください。
また、継続して請求されるときは、なるべく月初から月末までの1ヵ月単位で医師の証明を受けてください。
2. 療養状況等により、担当医他に照会等を行う場合がありますので、「照会等の同意」欄に記名・押印をしてください。(請求から支払いまで2～3ヵ月かかることがあります。)
3. 「発病・負傷の原因」欄は、該当する□内にレ印で表示し、原因を簡潔に記入してください。
原因が外傷や第三者行為等による場合は、「傷病原因届」を添付してください。
4. 「障害厚生年金等」または「老齢退職年金」を受給されている場合は、傷病手当金額と年金額を比較し、傷病手当金額が多い場合にはその差額を支給しますので、「年金決定通知書」および「年金額改定通知書」の写しを添付してください。
なお、年金の書類を提出後に年金額が改定されたときは、その都度改定通知書を添付してください。
5. 字句を訂正する場合は、誤った字句を複線で抹消して氏名欄の印を押印し、その上に正しい字句を記入してください。
6. この請求書は毎月10日に締め切りますので、当日までに健康保険組合に届くように提出してください。
なお、月によっては休日の関係で締切日が10日より早くなる場合がありますので、ご注意ください。
7. この手当金は、毎月25日(支払日が休日の場合はその前日)に支払います。
8. 傷病手当金の支給期間(法定1年6ヵ月)が満了になっても、同じ傷病(関連する傷病を含む)で療養のため労務不能の場合には、当組合の規約によりその翌日から1年6ヵ月を限度として延長傷病手当金付加金を請求することができます。(支給期間は最長で3年間)

(注) 支給期間について

傷病手当金の支給期間は、「同一の疾病または負傷」および「これにより発した傷病」に関しては、支給日数に関わらず、その支給を始めた日から起算して3年間で支給期間は満了となります。

《 支 払 方 法 》

1. 川崎重工業(株)の被保険者の方には、給与口座に振込みます。
また、任意継続被保険者の方には、加入時に指定された口座に振込みます。
2. 前項以外の事業所の被保険者の方には、事業主を経由して支払いますので、必ず委任欄に記名・押印をしてください。
3. 被保険者の方が退職された場合(任継以外)や死亡された場合は、請求者の氏名や振込先等を記入してください。(ゆうちょ銀行以外を指定してください)

請求者の氏名	(印)	続柄		(Tel) — —
請求者の住所	〒			
振込先	<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 本店	<input type="checkbox"/> 普通	口座番号
	<input type="checkbox"/> 信用金庫	<input type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 当座	名義
	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 出張所		カタカナで記入

組合 決定欄	支給 決定日	
	支払日	