

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。

請求期間	平成 XX 年 XX 月 XX 日 ~ 平成 XX 年 XX 月 XX 日 (XX 日間)		請求日	平成 XX 年 XX 月 XX 日	
被保険者証の記号番号	X X X - X X X X X X	被保険者の氏名	川崎 太郎 (印)	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 XX 年 XX 月 XX 日 <input type="checkbox"/> 平成
自宅の住所等	〒 XXX - XXXX ○○市 ○○町 1-2-3		(Tel)	0 XX - XXX - XXXX	
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	川崎 太郎 (印)	
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 川崎 太郎 (印)
発病・負傷の原因	原因: 不詳		<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 請求中		老齢年金 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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

労務不能の傷病名		発病・負傷日	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	療養日	平成 年 月 日
労務不能と認められた主症状と経過概要	<div style="border: 2px solid black; border-radius: 20px; padding: 10px; text-align: center; color: red; font-weight: bold;"> 必ず医療機関(医師)に記入してもらってください </div>		
上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日 医師			
引き続き休業を	<input type="checkbox"/> 要する 日間 <input type="checkbox"/> 要しない		
転帰	治癒・未治癒・中止 転医・死亡		
医師の氏名	(Tel) - -		

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
年 月 日	1	2																													
上記休業期間後の状況	<input type="checkbox"/> 引き続き																														
上記期間のうち報酬の全部又は一部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	円																														
上記のとおり相違ないことを証明し	平成 年 月 日 (印)																														
氏名																															

必ず事業主の証明をもらってください

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 ~ 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				