

傷病手当金・傷病手当金付加金支給請求書

(第 回)

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号	記号	番号	被保険者氏名 (社員番号)			
	事業所及び支店名			療養のため 休んだ期間 の報酬等 の金額 を支払った 期間	全期間	自 令和 年 月 日 日間 至 令和 年 月 日 日間 円を受けた	
	資格取得年月日 (平成・令和)	年	月		日	一部期間	自 令和 年 月 日 日間 至 令和 年 月 日 日間 円を受けた
	資格喪失年月日 (退職者のみ)	令和	年		月	日	
	傷病名				その他	令和 年 月 日より無給	
	発病又は負傷の年月日	令和	年	月	日	療養の給付開始年月日	令和 年 月 日
	発病又は負傷の原因			療養のため 休んだ期間	自 令和 年 月 日 日間		
	第三者行為によるものですか	はい・いいえ			至 令和 年 月 日 日間		
	障害年金・障害手当金・老齢年金等を受給(請求中)していますか	はい・いいえ		年金等を受給されている場合は下記に記入ください			
					年金等の種別		
				傷病名			
				年金額等			
				年金証書の記号・番号等			
				受給開始年月			
振込先 (被保険者名義)	1. 健保給付金指定振込口座 (※原則給与口座)						
	2.	銀行 信金	本店 支店	普通 預金	NO.		
	1.以外で希望する場合の振込先	口座名義(カタカナ記入):					
上記のとおり申請します。							
令和 年 月 日				受付日付印			
住所 〒							
TEL ()							
メールアドレス							
被保険者氏名							
日本イーライリリー健康保険組合理事長 殿							
備考欄	個人番号(被保険者証の記号・番号を記入した場合は記入不要です)						
	※個人番号をご記入いただいた場合は、個人番号確認、身元確認のため、以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し(表面) ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カードの写し(両面)のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写し 又は パスポートの写し のいずれか1点						

※この様式は、被保険者が傷病の為に会社の勤務を休み、休んだ期間の報酬等の支払いを減額又は受けられない場合に提出するものです。

※この請求をするときは「療養を担当した医師の意見」の証明を受け、次に事業主の証明を受けて、組合に提出して下さい。

※同じ病名で障害年金、労災給付金を受けられる方は必ず健康保険組合へご連絡ください。

事業主の証明	労務に服さなかった期間	自 令 年 月 日 至 令 年 月 日	日間	
	上記期間中の 分ととして 支報 払 酬 額	期間	日数	支給状況 ※一部支給の場合は支給額
		自 令 年 月 日 至 令 年 月 日	日間	
		自 令 年 月 日 至 令 年 月 日	日間	
その他	令 年 月 日より無給			
上記のとおり相違ないことを証明します				
令和 年 月 日				
事業主 名称				
所在地				
氏名				
療養を担当した医師の意見	傷病名		傷病又は 負傷の原因	
	発病又は負傷の日 年 月 日	令和 年 月 日	療養の給付日 開始年月日	令和 年 月 日
	労務不能と 認められた期間	自 令 年 月 日 至 令 年 月 日	労務不能期間中 の診療実日数	日間
	傷病の主症状・経過概要と労務不能と認められた理由			
上記のとおり相違ありません。				
令和 年 月 日				
医療機関等の名称				
所在地				
医師の氏名				