

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 等 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 中 に 報 酬 の 支 払 場 合 と そ の 額	全 期 間	自 令 年 月 日 至 令 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 の 期 間	自 令 年 月 日 至 令 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		そ 他	令 和 年 月 日より無給	
	傷 病 名				令 和 年 月 日		
	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 年 月 日 至 令 年 月 日 日間		
	第 三 者 行 為 に よ る も の で す か	はい ・ いいえ					
	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. 1.以 外 で 希 望 す る 場 合 の 振 込 先	銀 行	本 店	普 通	NO.			
	信 金	支 店	預 金				
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							

※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				