

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 1	番 号 123	被 保 険 者 氏 名 (社員番号)	日本 太郎 999		
	事 業 所 及 び 支 店 名	日本イーライリリー 神戸本社		療 養 の た め 休 ん だ 期 間 中 に 報 酬 の 支 払 を 受 け た 場 合 そ の 期 間 と 金 額	全 期 間	自 令 *年 2月 1日 至 令 *年 3月 31日	59日間 (全額) 円を受けた
	資 格 取 得 年 月 日	平成 20年 9月 1日			一 部 期 間	自 令 *年 4月 1日 至 令 *年 4月 30日	30日間 50,000円を受けた
	資 格 喪 失 年 月 日 (退職者のみ)	平成 年 月 日			そ の 他	令和 *年 4月 1日より無給	
	傷 病 名	うつ病					
	発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	令和 *年 2月 1日	療 養 の 給 付 開 始 年 月 日	令和 *年 2月 1日			
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因	不詳		療 養 の た め 休 ん だ 期 間	自 至	令和 *年 2月 1日 令和 *年 5月 31日	90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		(障害年金等の額)	円		
				(年金証書の記号・番号)			
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(別途申出された方は、申出された口座))		(原因となった傷病名)				
	2. 1.以外で希望する 場合の振込先		(受給開始年月)	年 月			
			(老齢退職年金の額)	円			
			(年金証書の記号・番号)				
			(受給開始年月)	年 月			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 *年 6月 11日</p> <p>住所 〒 ○○○-○○○○</p> <p>○○市○○区○○4-1-6</p> <p>TEL ○○○ (○○○○) ○○○○</p> <p>メールアドレス ○○○△△@○○○.com</p> <p>被 保 険 者 氏 名 日本 太郎</p> <p>日本イーライリリー健康保険組合理事長 殿</p>							

受付日付印

※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。

業務に起きた 自 令 年 月 日

業
が

上
分
支
報

そ

上

事業主の証明

この欄は、事業主に証明を依頼してください。

傷 病 名

傷 病 又 は

傷
発
年

発
認

傷

療養を担当した医師の意見

上

この欄は、医師に証明を依頼してください。

日