

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 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	令和 年 月 日		一部の期間	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 令和 *年 2月 1日	90日間	
	第三者行為によるものですか	はい・いいえ			至 令和 *年 5月 31日		
	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)			
			(原因となった傷病名)				
			(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			
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))						
	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 6月 11日 住所 〒 ○○○-○○○○ ○○市○○区○○4-1-6 TEL ○○○ (○○○○) ○○○○ メールアドレス ○○△△@○○○.com 被保険者氏名 日本 太郎 日本イーライ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。

事業主の証明	労務に照らして 自 令 年 月 日	<p style="color: red; font-size: 1.2em;">この欄は、事業主に証明を依頼してください。</p>	日
	上分支報		日
	そ		日
	上		日
療養を担当した医師の意見	傷 病 名 傷 病 又 は	<p style="color: red; font-size: 1.2em;">この欄は、医師に証明を依頼してください。</p>	日
	発年		日
	労認		日
	傷		日
上	日	日	