傷病手当金 ・ 傷病手当金付加金　請求書

受付印

ジェイテクト健康保険組合　理事長　殿

本件で取得された個人情報については、貴健保組合の個人情報保護方針に基づき利用されることに同意の上、申請いたします。

被保険者記入欄

保険証の記号・番号	―	被保険者氏名	被保険者生年月日 □昭 □平 年 月 日
事業所	名称	所属	(工場・支社)　(部署名)
傷病名		発病または負傷の年月日、時間	□平 □令 年 月 日　□午前 □午後 : 頃
労務に服することができなかった期間	自 □平 □令 年 月 日 至 □平 □令 年 月 日 日間	業務の種別	□技術系 □製造系 □事務系 □営業系 □その他( )
傷病の原因			
第三者行為による傷病ですか	□はい □いいえ →「はい」の場合は「第三者行為に関する書式」一式を提出	業務上、または通勤途上の傷病ですか	□はい □いいえ
障害厚生年金、障害手当金の受給	□有 □無 □申請中 →「有」の場合は「年金証書・年金額改定通知書・年金振込通知書の写し」を添付	→「有」、「申請中」の場合はその傷病名	
老齢厚生年金の受給	□有 □無 □申請中 →「有」の場合は「年金証書・年金額改定通知書・年金振込通知書の写し」を添付		
雇用保険の失業給付を受け取っていますか ※退職後請求の方のみ記入してください	□はい □いいえ □申請中 →「いいえ」の場合は「受給期間延長通知書(写)」または「離職票1・2(写)」を添付		

上記のとおり請求します。
ただし給付金の受領を下記事業主に委任します。
令和　年　月　日

住所　〒　―

被保険者氏名(請求者氏名)　㊞

電話番号　(　)

資格喪失(予定)者記入欄

◆ **資格喪失後の請求の場合は被保険者(請求者)に送金するため、被保険者(請求者)名義の振込銀行口座を必ずご記入ください。**

※ **被保険者死亡のため、相続人が請求者となる場合、被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)が必要。(死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要)**

(金融機関コード)	(店番コード)
(フリガナ)	(フリガナ)
□銀行 □信用金庫 □( )	□本店 □支店 □出張所
普通　口座番号(7桁)	ﾌﾘｶﾞﾅ
	名義

※請求者名義の口座に限る

医師記入欄

患者氏名(生年月日)	(昭・平　年　月　日)	傷病名	
発病または負傷年月日	平・令　年　月　日	診療開始日	平・令　年　月　日
労務不能と認めた期間	平・令　年　月　日 平・令　年　月　日　日間		
労務不能期間中の診療実日数	日間	労務不能期間中に入院した期間	自 平・令　年　月　日 至 平・令　年　月　日　日間
転帰	平・令　年　月　日 治癒・死亡・転医・中止・継続		
(傷病の主症状および経過の概要)		以上の内容に相違ありません。　令和　年　月　日 住所(所在地) 医療機関名 医師名　㊞ 電話番号　( )	

事業主記入欄

労務に服さなかった期間	平・令　年　月　日 から 平・令　年　月　日 まで　日間 →労務に服さなかった期間の勤怠表を添付してください。	給与形態	□完月給 □日給月給 □その他 ( )
上記の期間中の分として支払う報酬関係 (ア) 全額支給した場合、又は支給する場合	平・令　年　月　日 から　金　円 平・令　年　月　日 までの分として　(　月　日支払)　日額　金　円		
(イ) 一部支給した場合、又は支給する場合	平・令　年　月　日 から　金　円 平・令　年　月　日 までの分として　(　月　日支払)　日額　金　円		
(ウ) 現在までにも又、将来も支給しない場合は、その旨			

この請求内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている方法で受け取ります。

令和　年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　㊞