

記入例

傷病手当金・傷病手当金付加金 請求書

ジェイテクト健康保険組合 理事長 殿

太枠内をもれなく記入してください。訂正は印が必要です。

受付印

保険証の記号・番号	9999 - 123456	被保険者氏名	健保 太郎		被保険者生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 40 年 7 月 3 日 <input type="checkbox"/> 平
事業所名称	〇〇〇〇〇会社	所属 (工場・支社)	△△工場		(部署名)	〇〇部 〇〇課 〇〇係 〇〇組
傷病名	全身打撲、右足骨折		発病または負傷の年月日、時間	<input type="checkbox"/> 平 <input checked="" type="checkbox"/> 令 元 年 5 月 10 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後		
労務に服することができなかった期間	自 <input type="checkbox"/> 平 <input checked="" type="checkbox"/> 令 元 年 5 月 10 日 至 <input type="checkbox"/> 平 <input checked="" type="checkbox"/> 令 元 年 5 月 31 日	22 日間	業務の種類別	<input type="checkbox"/> 技術系 <input type="checkbox"/> 製造系 <input checked="" type="checkbox"/> 事務系 <input type="checkbox"/> 営業系 <input type="checkbox"/> その他()		
傷病の原因	自宅の階段から落下		業務上または通勤途上の傷病では請求不可			
① 第三者行為による傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
② 障害厚生年金、障害手当金の受給	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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		① 第三者行為による傷病ですか 交通事故に遭った、他人から暴力を受けた、他人のペットに噛まれたなど			
③ 老齢厚生年金の受給	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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		② 障害厚生年金、障害手当金の受給 障害厚生年金の給付を受けている方は、「障害厚生年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類の写し」および「障害厚生年金給付の額、支給開始年月を証明する書類および障害厚生年金の直近の額を証明する書類（年金額改定通知書等）の写し」を添付してください。			
④ 雇用保険の失業給付を受け取っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 申請中 →「はい」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		③ 老齢厚生年金の受給 老齢退職年金の給付を受けている方は、「老齢退職年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類の写し」および「老齢退職年金給付の額、支給開始年月を証明する書類および老齢退職年金の直近の額を証明する書類（年金額改定通知書等）の写し」を添付してください。			
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 元 年 6 月 15 日						
住所 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号 〇〇アパート 〇〇号室						
被保険者氏名(請求者氏名) 健保 太郎 (健) 印						
電話番号 001 (234) 5678						

患者氏名(生年月日)	健保 太郎 (昭・平 40 年 7 月 3 日)		傷病名	全身打撲、右足骨折		
発病または負傷年月日	平・令 元 年 5 月 10 日	診療開始日	平・令 元 年 5 月 10 日	労務不能と認められた期間	平・令 元 年 5 月 10 日	22 日間
労務不能期間中の診療実日数	22 日間	労務不能期間中に入院した期間	自 平・令 元 年 5 月 10 日 至 平・令 元 年 5 月 31 日	転帰	平・令 元 年 6 月 3 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 元 年 6 月 3 日			
もれなく医師に記入を受けてください。 訂正は医師の印が必要です。			住所(所在地) 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地 医療機関名 大坂〇〇〇病院 医師名 大坂 一郎 (大) 印 電話番号 000 (000) 0000			

労務に服できなかった期間	平・令 元 年 5 月 10 日 から 22 日間 平・令 元 年 5 月 31 日 まで →労務に服できなかった期間の勤怠表を添付してください。	給与形態	<input type="checkbox"/> 完月給 <input checked="" type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 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 (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 (月 日支払) 日額 金 円	
	(ウ) 現在までも又、将来も支給しない場合は、その旨	現在までも又、将来も支給しない	
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 元 年 6 月 19 日			
もれなく事業主に記入を受けてください。		事業所所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地 事業所名称 〇〇〇〇〇会社 事業主氏名 取締役社長 〇〇 〇〇 (事業主) 印	