

健康保険組合 傷病手当金・延長傷病手当付加金 請求書

被保険者証記号番号	※被保険者（請求者）氏名 <small>(フリガナ)</small>	住 所	
	印	〒	
		屋間連絡先 TEL () -	
傷 病 名	①	発病又は負傷の年月日 (療養開始日)	① 平成 年 月 日
	②		② 平成 年 月 日
被保険者死亡後の請求の場合 被 保 険 者 氏 名		発病又はけがの状態	
請 求 期 間	(自) 平成 年 月 日 (至) 平成 年 月 日		
請求期間中の報酬を受けましたか又は受けられますか	1. いいえ 2. はい		
請求期間中に、公的年金等を受けていますか 1. いいえ 2. はい	障害厚生年金 老齢厚生年金	円	業務災害又は通勤災害によるものですか 1. いいえ 2. はい
	障害基礎年金 老齢基礎年金	円	第三者の行為(交通事故等)によるものですか 1. いいえ 2. はい
受けている場合は、右欄に年金証書等に記載されている支給年額を記入してください	退職共済年金	円	
	障 害 手 当 金	円	<在職中の分を請求するとき> ・勤務票を依頼した会社の TEL () 担当者氏名 _____ ・賃金台帳を依頼した会社の TEL () 担当者氏名 _____
障害厚生年金等の傷病名			

※被保険者（請求者）氏名欄の押印は被保険者（請求者）が自署した場合は不要です。

添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 勤務票（事業主より原本証明を受けて下さい） <input type="checkbox"/> 賃金台帳（事業主より原本証明を受けて下さい） <input type="checkbox"/> 労務不能期間に係る意見書 [様式：医第15号] <input type="checkbox"/> 給付に関する同意書 [様式：医第16号]（同一傷病の申請をされる場合は、初回申請時のみ同意書の提出が必要となります） <障害（老齢）厚生年金、障害（老齢）基礎年金又は障害手当金を受けているとき> <input type="checkbox"/> 年金証書「写」又は年金額改定通知書「写」のいずれか （注）年金支給日額が傷病手当金支給日額より多い場合、傷病手当金の支給はありません <資格喪失後の請求のとき> <input type="checkbox"/> 加入している健康保険等の保険証「写」 <退職後、失業給付を受けることができる期間中に請求するとき> <input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証「写」又は受給期間延長通知書「写」
------------------	--

処 理 欄	健 保 組 合	受 付		審 査	〔1次〕	〔2次〕			処 理
-------------	------------------	--------	--	--------	------	------	--	--	--------

健康保険組合 傷病手当金・延長傷病手当付加金 請求書

① 被保険者証記号番号 1 0 0 0 9 8 7 6 5 4 3	② ※被保険者（請求者）氏名 ケンボ タロウ 健保 太郎 (健保印)	③ 住 所 〒 999-0000 東京都千代田区一番町1-1-1 一番町ハイツ001号 屋間連絡先 TEL (099) 999 - 9999
傷 病 名 ① 右大腿骨骨折 ②	発病又は負傷の年月日 (療 養 開 始 日) ① 平成 20年 3月 28日 ② 平成 年 月 日	
被保険者死亡後の請求の場合 被 保 険 者 氏 名		歩 行 困 難
④ 請 求 期 間 (自) 平成 24年 4月 1日 (至) 平成 24年 4月 30日	発病又はけがの状態	
⑤ 請求期間中の報酬を受けましたか又は受けられますか ① いいえ ② はい		
⑥ 請求期間中に、公的年金等を受けていますか 1. いいえ ② はい	障害厚生年金 1,210,000 円 老齢厚生年金 ⑨ 障害基礎年金 990,100 円 老齢基礎年金 退職共済年金 円 障害手当金 円	業務災害又は通勤災害によるものですか ⑦ 第三者の行為(交通事故等)によるものですか ⑧ ＜在職中の分を請求するとき＞ ・勤務票を依頼した会社の TEL () 担当者氏名 ・賃金台帳を依頼した会社の TEL () 担当者氏名
障害厚生年金等の傷病名		

※被保険者（請求者）氏名欄の押印は被保険者（請求者）が自署した場合は不要です。

添付書類	<input type="checkbox"/> 勤務票（事業主より原本証明を受けて下さい） <input type="checkbox"/> 賃金台帳（事業主より原本証明を受けて下さい） <input type="checkbox"/> 労務不能期間に係る意見書【様式：医第15号】 <input type="checkbox"/> 給付に関する同意書【様式：医第16号】（同一傷病の申請をされる場合は、初回申請時のみ同意書の提出が必要となります）
	＜障害（老齢）厚生年金、障害（老齢）基礎年金又は障害手当金を受けているとき＞ <input type="checkbox"/> 年金証書「写」又は年金額決定通知書「写」のいずれか （注）年金支給日額が傷病手当金支給日額より多い場合、傷病手当金の支給はありません ＜資格喪失後の請求のとき＞ <input type="checkbox"/> 加入している健康保険等の保険証「写」 ＜退職後、失業給付を受けることができる期間中に請求するとき＞ <input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証「写」又は受給期間延長通知書「写」

処 理 組 合	受 付	審 査	[1次]	[2次]	処 理
---------	-----	-----	------	------	-----

《被保険者（請求者）記入欄》

- ① 上段に記号(4ケタ)
下段に番号(7ケタ以下右づめ)を記入する。
- ② 被保険者若しくは任意継続被保険者又は被保険者であった者(本人が死亡している場合は相続人)の氏名を記入する。
※被保険者(請求者)氏名欄の押印は、被保険者(請求者)が自署した場合は不要。
- ③ 自宅の住所、屋間連絡先を記入する。
- ④ 請求期間を記入する。
- ⑤～⑧ 該当する番号を○で囲む。
- ⑨ 公的年金を受けているときは年金額を記入する。