

### 健康保険組合 傷病手当金・延長傷病手当付加金 請求書

被保険者番号	※被保険者（請求者）氏名 <small>(フリガナ)</small>	住 所		
		〒		
		昼間連絡先 TEL ( )		—
傷 病 名	①	発病または負傷の年月日 (療養開始日)	① 年 月 日	
	②		② 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 ( 労 務 不 能 期 間 )	(自) 年 月 日 (至) 年 月 日			
請求期間中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（通勤）災害・準災害によるものです	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		<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 _____	
	障害手当金			
障害厚生年金等の傷病名				

添 付 資 料	<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"/> 労務不能期間にかかる医師の意見書 [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資格確認書「写」または「保険請求に係る他保険加入確認書[様式：医第12号]」  <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	受 付	審 査	[1次]	[2次]		処 理	
-------------	--------	--------	------	------	--	--------	--