

## 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 (フリガナ)	住 所		
	印	〒		
		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	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				

※被保険者（申請者）氏名欄の押印は被保険者（申請者）が自筆した場合は不要です。

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	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 31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 31年 4月 1日 (至) 平成 31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。