

事業所担当者()<経由>→健保組合(退職された方は直接健保へ送付)
 ※担当者を記入してください

□傷病手当金・傷病手当付加金 請求書 (第 回目)
 □延長傷病手当付加金

延長傷病手当付加金請求書は、傷病手当金・傷病手当付加金請求書とは別に記入要

被 保 険 者 記 入 欄	①被保険者証 の記号・番号		記号 番号	②被保険者 の氏名		番号					
	③事業所の名称										
	④発病または 負傷年月日		年	月	日	⑤傷病名					
	⑥発病または負傷の 原因(詳しく)										
	⑦労務に服すること ができなかった期間		年	月	日	から	年	月	日	まで	日間
	⑧第三者行為による傷病ですか						はい	いいえ			
	⑨業務上または通勤途上での傷病ですか						はい	いいえ			
	⑩ア)上記傷病において、障害年金または障害手当金を受けていま すか						はい	請求中	いいえ	(「はい」の場合は下記を記入)	
	イ)年金の種類		障害年金	障害手当金	ウ)年金額	障害基礎年金	障害厚生年金	円/年			
	エ)年金を受けることになった日				年	月	日				
※該当の方は、①障害年金証書 ②支給開始年月日を証明する書類 ③直近の年金支払通知書 の写し を添付してください。(手当金該当の方は、支給額を証明する書類の写し)											
⑪ア)老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか						はい	請求中	いいえ	(「はい」の場合は下記を記入)		
イ)老齢年金の名称		ウ)受給年月日		エ)年金額							
		年		月		日		円/年			
※「はい」の方は、①年金証書 ②支給開始年月日を証明する書類 ③直近の年金支払通知書 の写しを 添付してください。											
⑫ア)傷病手当金の請求期間に雇用保険を受給されていますか						はい	いいえ	延長中			
※「いいえ」「延長中」の方は、次の書類を提出してください。 a) 雇用保険受給申し込みをしていない・・・離職票(1)、(2)の写し b) 雇用保険受給期間を延長している・・・離職票(1)、(2)、雇用保険受給期間延長通知書の写し c) 雇用保険を満了している・・・・・・雇用保険受給資格者証の写し(支給終了と印字されたもの)											
⑬ 振込先 (被保険者名義)		金融機関名	支店名	種別	口座番号	名義(カタカナで記入)					
				普通 当座							

上記のとおり請求します。

また、健保組合が傷病手当金の支給に必要な確認を、他の保険者や医療機関(医師)に対して行うことに同意します。その際の医師への照会に文書料が必要な場合は負担致します。傷病手当金・傷病手当付加金、延長傷病手当付加金の初回請求時には、事業主を通じて医師の診断書(写)を提出することに同意します。

年 月 日

被保険者の住所 〒

氏名

電話番号

()

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

氏名					
事業主証明欄	労務に服さなかった期間		年 月 日から 年 月 日まで	日間	
	上記期間中の報酬状況	全額支給※	年 月 日から 年 月 日まで	日からの分として金	円
		一部支給※	年 月 日から 年 月 日まで	日からの分として金	円
		一部支給※	年 月 日から 年 月 日まで	日からの分として金	円
		不支給の場合はその旨			
上記のとおり相違ないことを証明します。					
年 月 日 事業主 住所 代表者氏名					
<事業主コメント欄> ※事業主もしくは直属上司により経過および症状の変化等を記載して下さい。					
(記入者:)					

※初回請求および給与支給がある場合は、勤務表及び給与明細の写しを添付してください。

※傷病手当金・傷病手当付加金、延長傷病手当付加金の初回請求時には、医師の診断書(写)を必ず添付してください。

療養を担当した医師の意見書	傷病名		発病または負傷の原因		
	発病または負傷年月日	年 月 日	療養の給付を開始した年月日	年 月 日	
	労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	期間中の診療実日数	日間
	傷病の主症状および経過概要 (詳しくご記入ください)				
	上記のとおり相違ありません。				
年 月 日 医療機関の所在地 名称 電話番号 () 医師の署名					