

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

請求書は両面印刷をしてください。

延長傷病手当付加金の請求書は、傷病手当金とは別で作成してください。

傷病手当金・傷病手当付加金
 延長傷病手当付加金 請求書 (第 1 回目)

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

	①被保険者証の記号・番号	記号 1 番号 12345	②被保険者の氏名	健保 太郎		
③籍を置いている会社名を記入してください。						
	③事業所の名称	ヤンマーホールディングス株式会社				
	④発病または負傷の日	R5年 1月 10日	⑤傷病名	脳挫傷		
⑥場所・日時等できるだけ詳しく記入してください。						
	⑥発病または負傷の原因(詳しく)	R5年1月10日、休暇中に訪れた〇〇スキー場にて滑走中に転倒し、地面で頭を強く打ったため。				
⑦原則1ヶ月単位での請求となります。初回のみまとめた請求可能です。						
	⑦労務に服することができなかった期間	R5年 1月 10日 から R5年 2月 28日 まで		49 日間		
⑧が「はい」の場合は、内容の確認をさせていただきます。						
	⑧第三者行為による傷病ですか		はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		
	⑨業務上または通勤途上での傷病ですか		はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		
	⑩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	<input checked="" type="radio"/> いいえ (「はい」の場合は下記を記入)	
被 保 険 者 記 欄	障害年金・手当金について	イ)年金の種類	障害年金	ウ)年金額	障害基礎年金	
			障害手当金		障害厚生年金	
		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)						
⑩⑪年金を受給されている場合に回答し、必要書類を添付してください。						
	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」を選択された方は、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退職者の方は記入し、必要書類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※		
※退職者の方で、「いいえ」「延長中」を選択された方は、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被保険者(社員本人)の口座を記入してください。						
	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)
		〇〇銀行	△△支店	<input checked="" type="radio"/> 普通 当座	0123456	ケンボ タロウ

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、事業主、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。傷病手当金第一回目の請求及び延長傷病手当金の請求時、その他必要と認められる時には、事業主を通じて健康保険組合に医師の診断書を提出することに同意します。

R5年 3月 10日

同意内容をよくお読みいただき、署名してください。

被保険者の住所 〒123-4567

××市〇〇区△△1-2-3

氏名 健保 太郎

電話番号 06 (6123)4567

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

氏名	健保 太郎	
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
	全額支給※	年 月 日から 年 月 日までの分として金 円 (日額: 円) 報酬日額計算別表参照
	一部支給※	年 月 日から 年 月 日までの分として金 円 (日額: 円) 報酬日額計算別表参照
	一部支給※	年 月 日から 年 月 日までの分として金 円 (日額: 円) 報酬日額計算別表参照
	事業主証明欄・・・事業所窓口に提出し記入してもらってください。 全額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:)		

※初回請求及び報酬支給がある場合は、勤務表及び給与明細の写し・傷手報酬日額計算別表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)	意見書欄・・・主治医に記入してもらってください。		
	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			