

傷病手当金・延長傷病手当付加金 請求書

第 回 目


傷病手当金は給与に代わるものですので、**1ヶ月ごとに請求してください。**
月末最終稼働日までに健保に到着した請求書(原本)について、原則翌月に支給します。
 書類に不備がある場合は、翌月に支給できない場合があります。
 在職中の方は会社を経由してのご提出になりますので、すみやかにご提出ください。
 初回の請求書を提出される方の添付書類
 ・同意書 ・取得接近調査書（入社から1年未満で請求される方のみ）

健保使用欄	受付年月日
受付 令和 年 月 分	
支払年月日 令和 年 月 日	
前回 年 月 日	
支給 年 月 日	

※訂正する場合は二重線で抹消し、訂正印を押してください。

被保険者証 記号・番号	記号	1	番号	123456	氏名	住重 健太	
生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	×× 年 ×× 月 ×× 日			被保険者 住所	〒 141-×××× 東京都品川区大崎×-×-×	
事業所名	株式会社 住重健保			業務種別や 業務内容	具体的に記入 製造/機械器具製造		
発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	6 年 1 月 00 日			傷病名	左大腿骨骨折	
発病または 負傷の原因	バイクを運転中、 単独で転倒した際に骨折			療養の為 休んだ期間	令和 6 年 1 月 00 日から 令和 6 年 1 月 ×× 日まで ## 日間		
被 保 険 者 記 入 欄	① 第三者行為（交通事故等）により負傷したものですか。				<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
	② 労災保険の休業補償給付を受けている期間の請求ですか。 ※「はい」または「請求中」と答えた場合は 支給元（請求先）の労働基準監督署をご記入ください。				<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 請求中	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	③ 障害年金、または障害手当金、 （資格を喪失している方のみ）老齢年金を受給していますか。 「はい」または「請求中」の場合は下記1～5をご記入ください。				<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 請求中	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	③-1 年金種別 ※「年金証書」・「年金決定通知書」・「年金額改定通知書」等 写しを添付してください。				<input checked="" type="checkbox"/> 障害厚生年金	<input type="checkbox"/> 障害基礎年金	
	③-2 障害厚生年金 障害手当金 を受給の方は、受給の原因となった傷病名				00000		
	③-3 基礎年金 番号 ××××-×××××				③-4 受給開始日	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	×× 年 ×× 月 ×× 日
	③-5 年金額 (年間) 720,000 円				※健保使用欄		
※④と⑤は、事業所(会社)を退職した方のみご記入ください。							
④ 雇用保険(失業保険)を受給していますか。 ※下記の書類も毎回一緒に提出してください。 ・離職票(写)または雇用保険受給延長通知書(写) ・療養状況等証明書				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 受給延長手続き済(または手続き中) <input checked="" type="checkbox"/> 未手続(手続予定) <input type="checkbox"/> いいえ			
⑤ 振込口座 0000 <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> その他				×××	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input checked="" type="checkbox"/> 支店	普通預金	
口座番号 1234567				口座名義 ※カタカナで記入	スミジウ ケンタ		

③にて「はい」を
選択した方のみ
ご記入ください。事業所(会社)を
退職した方のみ
ご記入ください。
療養状況等証明書を
ご記入いただき、
離職票等と併せて
ご提出ください。
また委任状欄は
記入不要です。

私は下記の事業主を代理人と定め、当該給付金の受領方を委任します。 ※事業所(会社)に在籍されている方のみご記入ください。事業所(会社)を退職されている方は記入不要。		
被保険者 (申請者)	氏 名 (自署)	住重 健太  令和 6 年 2 月 ×× 日 ※自署できない場合は捺印が必要です。
代理人 (事業主)	所在地 名称 氏 名	代理人印(事業所印)を押してください。

