チェックポイント

網掛け部分は必ず記入・捺印してください

傷　病　手　当　金
（延長）傷病手当金付加金　請求書

常務理事 / 長 / 者

審査のため、請求からお支払いまでに数ヶ月かかることがありますので、ご了承ください。

請求者の記入欄は、記入漏れがないことを確認してください。

士通㈱		所属	○○事業部	電話	7129-9999
健康保険証	記号 1000	番号	1234567		
傷病名	右足骨折	発病・負傷年月日	平成・令和 ２６ 年 ８ 月 ５ 日		

退職後の請求の場合には、在職時の事業所（会社）名、所属、記号・番号を記入してください。

行為（相手がいるケガ）　3. 労災（業務上によるもの）
中に転倒したため　　）※1～2に該当する場合には、申請前に健康保険組合にご連絡ください。

平・令 ２６年８月６日 ～ 平・令 ２６年８月１６日　１１日間

はい ・ いいえ ・ 裁定請求中　※「はい」の場合には年金証書のコピーを添付

円　手当金　金額　円　支給事由
月　支給決定日

障害厚生年金、障害手当金を受給している場合には必ず請求期間を含む年金証書のコピーを毎回添付してください。

退職時に傷病手当金を受給している方で、退職日以降請求の可能性がある方に必ずご案内ください。また、退職後以下に該当した場合は傷病手当金が受給できませんので、あわせてご案内ください。
- **就職した場合や失業給付を受給した場合**
- **労務不能の期間が途切れた場合**
- **老齢厚生年金の日額が傷病手当金の日額より高い場合（低い場合は差額支給）**
- **特例退職被保険者制度に加入した場合　　等**

日　被保険者　住所　○○○○○○○○○○○○
氏名　富士通郎　㊞

※初めて請求する方は、別途「傷病手当金（付加金）請求に伴う同意書兼状況報告書」を必ず提出ください。
※退職日の翌日以降の期間を請求する方は、別途「療養・日常生活状況等報告書」を毎回請求書に添付ください。

医　師　の　証　明　欄　で　す

保険医の意見			
	傷病名		発病・負傷原因
	療養給付開始年月日（初診日）	平・令　年　月　日	発病・負傷年月日 / 平・令 年 月 日
	労務不能と認めた期間	平・令	日間 / 診療実日数 / 日
	傷病の主症状および経過概要について	①上 …療内容、検査結果、療養指導」等 / …労務不能と認められた所見	
	本傷病による障害年金の受給の可能性について	主症状からみた受給の可能性（ 有 ・ 無 ） 理由（ ）	
	上記のとおりであることを証明する。 平成・令和　年　月　日	住所 医院名 医師名　㊞	

病院名（住所含む）はゴム印でお願いします。

※住所・医院名はゴム印を押印してください。記入したものを訂正された場合は、訂正印を押印してください。

事　業　主　証　明　欄　で　す

事業主の証明		
	労務に服しなかった期間	平・令　年　月　日～平・令　年　月　日　日間
	上記期間中の報酬支給実績（期間・金額）	平・令　年　日間　円 平・令　年　日間　円 平・令　年　日間　円
	上記のとおりであることを証明する。 平成・令和　年　月　日　住所 事業主　㊞	

健　保　記　入　欄　で　す

健保記入欄					
	待期期間	平成・令和　年　月　日 ～ 平成・令和　年　月　日		□待期確認済	
	障害年金	受給しない・裁定請求中 … 障害手当金 初ﾚﾎﾟｰﾄ・回答待ち　（手当金は合計額）			
	支給期間	法定 平・令　年　月　日～平・令　年　月　日　日間 付加 平・令　年　月　日～平・令　年　月　日　日間		支給額	円
	個人払い	□入力済　□チェック済	資格喪失日	平成　年　月　日	

備考欄
事業所確認印

2019.04.26