

健康保険 傷病手当金（傷病手当付加金・延長傷病手当付加金）請求書

ヤマハ健康保険組合理事長 殿

※第1回目の請求は、別紙「記入上の注意」をよく読んで記入し、併せて「同意書」も提出してください。
 ※退職後の請求も、在職時の記号・番号で記入してください。

被 保 険 者 の 記 入 欄	(第1回目) 記入日：平成 29 年 6 月 1 日		被保険者証の記号-番号		61 - 123456		健康受付番号		
	事業所名 <small>(出向者は原籍の会社名)</small>		被保険者 氏名 <small>(フリガナ)</small>		ヤマハ タロウ		印 山 葉		
	現在の所属 <small>(退職者は記入不要)</small> <small>(部・課・係・班・G等)</small>		氏名 <small>(申請者)</small>		山葉 太郎				
	職場外線TEL		生年月日		昭和 平成 40 年 5 月 7 日		性別		
	発病・負傷時の業務内容 <small>(退職者は退職前の仕事の内容)</small>		住所		〒 430 - 1101		男・女		
	ラインにてエンジン部品の製造		固定		053 - 472 - 1000				
	傷病名		電話番号		携帯		090 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		
	この傷病の原因は労働災害または他人の行為によりますか？		①いいえ		②はい⇒「第三者の行為による傷病届」を提出				
	請求期間		平成 29 年 5 月 15 日～平成 29 年 5 月 28 日 (14 日間)						
	請求期間の内、入院した期間		平成 29 年 5 月 15 日～平成 29 年 5 月 22 日 (8 日間)						
振 込 先	発病又は負傷の日時	平成 29 年 5 月 15 日 午前 午後 9 時頃							
	発病又は負傷の場所	①会社 (仕事・休憩中) ②通勤途中 ③自宅 ④その他 ()							
	状況 (毎回記入のこと)	朝食時、胃が重く感じられたが、仕事を始めてしばらくして胃が痛くなり、有休をもらって病院へ行ったところ、胃潰瘍と診断され、即入院となりました。							
	請求期間中	仕事につけない症状を詳しく 治療の為、入院。その後、自宅にて1週間安静にし、復職しました。							
職場復帰について		①現段階では未定 ②復帰予定 (月 日より) ③復帰している (5 月 29 日より)							
障害年金・障害手当金の受給について		① 受給なし ② 受給中 ③ 申請中		②③の場合、支給事由の傷病名		②の場合、基礎年金番号		年金コード	
老齢・退職年金の受給		① 受給なし ② 受給中 ③ 申請中		⇒ 退職者で②の場合は「年金証書(写)」添付(1回目のみ)					
介護保険法のサービスを受けたとき		保険者番号		被保険者番号		保険者名称			
※在職者・退職者は給与振込口座、任意継続加入者は「ゆうちょ銀行」、遺族請求は請求者の口座を記入してください。									
金融機関名称		本・支店名		種別		口座番号		名義人名	
静岡		浜松営業部		普通		1 2 3 4 5 6 7		(フリガナ) 必須 ヤマハ タロウ	
コードNO 149		コードNO 361		当座				山葉 太郎	
ゆうちょ銀行		記号(5桁)		番号(8桁)					
※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(被保険者証の記号番号を記載した場合は、マイナンバーの記載は不要です。)									
※ マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。									

訂正する場合は、訂正印を押印してください。
(修正液等不可)

※被保険者が自ら署名する場合は、被保険者の印は不要です。(遺族請求時は、印鑑証明印を押印)

診 療 担 当 医 師 の 意 見 欄	傷病名		発病(負傷)の原因			
			発病(負傷)した日		平成 年 月 日	
			診療開始日		平成 年 月 日	
	上記被保険者記入の請求期間の内、労務不能と認められた期間		左記の内、診療実日数		外来 日 入院 日	
	平成 年 月 日から		入院した期間		平成 年 月 日から	
	平成 年 月 日まで (日間)		転帰		平成 年 月 日 治療 継続 転医 中止 死亡	
	上記期間中の主病状および経過概要(検査結果等を交えて詳しくお願いします)		転帰		平成 年 月 日 治療 継続 転医 中止 死亡	
			以上のとおり相違ありません。		平成 年 月 日	
	症状・経過からみて、労務不能と認められた医学的な所見		医療機関 住所・名称・電話番号			
	この傷病により休業する前の業務に就ける状態になる見込み		医師氏名		(印)	

主治医に証明をもらってください。

請求期間の最後の日以降の日付で、証明してもらってください。

