

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。

健保受付番号

被 保 険 者	(第 回目) 記入日:平成 年 月 日		被保険者証の記号-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>				印	
	現在の所属 <small>(部・課・係・班・G等)</small>		生年月日		昭和・平成 年 月 日		性別 男・女	
	職場外線TEL		住所		〒			
	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>		電話番号		固定 — —		携帯 — —	
	傷病名		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 年 月 日～平成 年 月 日 (日間)					
	請求期間の内、入院した期間		平成 年 月 日～平成 年 月 日 (日間)					
	発病又は負傷の状況 <small>(毎回記入のこと)</small>		日時 平成 年 月 日 午前・午後 時頃		場所 ①会社(仕事・休憩中) ②通勤途中 ③自宅 ④その他 ()			
	請求期間中		仕事につけない症状を詳しく					
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(月 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		
【振込先】		※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。						事業所担当者 口座確認印
金融機関名称		本・支店名	種別	口座番号		名義人名		
コードNO		コードNO	普通当座			(フリガナ) 必須		
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。)				備考		
		※ 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。						

※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)				平成 年 月 日まで(日間)	
	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 治癒 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			
			医療機関 住所・名称・電話番号			
症状・経過からみて、労務不能と認められた医学的な所見						
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				

必ず記入	被保険者証の記号-番号	—	被保険者氏名
------	-------------	---	--------

※年号は和暦でご記入ください。賃金台帳で、控除額の場合は数字の頭に△をつけてください。

出勤簿	平成 年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
業	区分	支払月	平成	年	月	平成	年	月	平成	年	月	平成	年	月																			
	基本賃金計算期間	/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /		/ ~ /																									
主	賃	稼働日数	月分	日	月分	日	月分	日	月分	日																							
		出勤した日数	月分	日	月分	日	月分	日	月分	日																							
証	金	有給の休み	月分	日	月分	日	月分	日	月分	日																							
		無給の休み	月分	日	月分	日	月分	日	月分	日																							
明	台	基本賃金	(円× H)		(円× H)		(円× H)		(円× H)																								
		休日・時間外手当	月分		月分		月分		月分																								
欄	帳	家族手当	月分		月分		月分		月分																								
		1ヶ月の所定額	月分	△	月分	△	月分	△	月分	△																							
(写)	帳	通勤手当	月分		月分		月分		月分																								
		1ヶ月の所定額	月分	△	月分	△	月分	△	月分	△																							
(写)	帳	遅・早・時短の控除額	月分	△	月分	△	月分	△	月分	△																							
		基本賃金欠勤控除額	月分	△	月分	△	月分	△	月分	△																							
欄	帳	総支給額																															
		上記のとおり相違ないことを証明します。	平成	年	月	日	特記事項	職場復帰について 月 日復帰 済み・予定、未定																									
欄	帳	事業所所在地								(印)	特記事項																						
		事業所名称																															
欄	帳	代表者氏名								(印)	特記事項																						

- (注意)
- ・訂正した場合は、事業主の訂正印を押してください。
 - ・出勤簿・・・請求期間が月の途中から始まったり、終了した場合でも、その月の1ヶ月分を証明してください。
 - ・賃金台帳・・・翌月に支給や控除がある場合、請求期間の翌月分まで証明してください。

健	資格取得日	昭・平	年	月	日	支給期間	自：平成	年	月	日	日間	至：平成	年	月	日
	資格喪失日	平成	年	月	日		至：平成	年	月	日					
保	支給開始日	平成	年	月	日	法 第 108 条 該 当	H.年.月.日～H.年.月.日(日間)×減額/日= 円								
	支給開始前12月間の標準報酬月額	年	月	～	年		月	月	千円	理由	減額合計	円			
使	平均標準報酬月額					円/月	不支給	期間 H.年.月.日～H.年.月.日(日間)							
	標準報酬日額					円/日		全 部	理由						
用	法定支給額					円/日	一								
	付加給付額	13.34%・3.34%				円/日		部							
欄	延長付加給付額	60%・50%				円/日	支 給 額								
	備考							傷病手当金					円		
							傷病手当付加金					円			
							延長傷病手当付加金					円			
							合 計					円			

ヤマハ健康保険組合 (傷病手当金請求書)