

款	支給額
項	
目	円

常務理事	事務長	主任	事務	担当者

アンリツ健康保険組合御中 **傷病手当金・延長傷病手当金付加金 請求書** 令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号	番号	氏名	
	住所	TEL		
	以下により請求します。ただし、保険給付金の在職中受領を下記事業主に委任します。			
	傷病名	発病(初診)年月日		平・令 年 月 日
	発病または負傷の原因	負傷の場合発生場所		
	①療養のため休業した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	第三者行為によるものか 通勤途上・仕事中の負傷か	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	障害厚生年金(手当金)を受給していますか	<input type="checkbox"/> はい(通知等の写添付) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 手続き中		
	老齢給付(年金)を受給していますか	<input type="checkbox"/> はい(通知等の写添付) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 手続き中		
	退職者記入	退職後(退職予定者)の請求の場合は、本人名義の振込口座をご記入下さい。 ※ゆうちょ銀行は不可		
		金融機関名	支店名	種類 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	口座番号		フリガナ 口座名義	
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(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)				
備考欄				

医 師 意 見 欄	患者氏名	傷病名		
	発病または負傷の年月日	平・令 年 月 日 診療開始日	令和 年 月 日 転帰	令和 年 月 日 治ゆ・転医・中止・継続・死亡
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	左記期間のうち入院した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
	労務不能期間中の診療実日数	日間	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日	
	傷病の主症状および経過の概要	住所 医療機関名称		
	お願い	<ul style="list-style-type: none"> 記載日以前の期間について証明願います 訂正箇所には訂正印を押印願います 住所・医療機関名称はゴム印を押印願います 		
	医師名	TEL		

事 業 主 証 明 欄	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	
	【勤務表の添付】	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	
	給与の支払【賃金台帳の添付】	<input type="checkbox"/> 全額支給 <input type="checkbox"/> 一部支給 不支給	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
	給与区分	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時給	上記のとおり証明します。	
	休職年月日	令和 年 月 日	委任を受けた保険給付は当事業所と貴組合との間で定められた方法で受領し、請求者へ支給します。 令和 年 月 日	
復職年月日	令和 年 月 日	事業所名		
退職年月日	令和 年 月 日	事業主(代理人)名		

健 保 組 合 記 入 欄	資格取得日	昭・平・令 年 月 日	報酬月額	円	平均月額	円	<input type="checkbox"/> 傷手 <input type="checkbox"/> 延長	
	資格喪失日	令和 年 月 日	報酬日額	円	平均日額	円	待期間	
	支給開始日	平・令 年 月 日	手当金日額	円	/ ~ /			
	満了予定日	平・令 年 月 日	総支給日数	円	日間	給付後残日数	日間	
	期間	日数	手当金日額	報酬等	金額	備考		
	/ ~ /		円	円	円			
/ ~ /		円	円	円	日数計	日間	第 回目 受付NO	
/ ~ /		円	円	円	計	円	受付年月日	

【添付書類】「療養及び生活状況報告書」(①の期間が入院のみの場合は不要)