健康保険 傷病手当金・傷病手当金付加金・延長傷病手当金付加金 請求書

記入例

提出日：令和　〇〇年　〇〇月　〇〇日

被保険者が記入するところ

被保険者証	記号	〇〇〇〇	生年月日	昭和 〇〇 年〇〇 月〇〇 日 / 平成	事業所名	〇〇〇（株）〇〇〇支店〇〇部
	番号	〇〇〇〇〇〇〇				
被保険者の氏名		〇〇〇　〇〇〇	業務内容	事務職など		
被保険者の住所	〒　－ 現住所、日中連絡がつく電話番号を記入してください。		電話番号			
傷　病　名	(1) 胃潰瘍など		発病または負傷年月日	令和　〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	(2)			令和　　年　　月　　日		
	医師の意見書を基にして記入してください。					
①療養のため休んだ期間（申請期間）	本請求書で請求される労務不能の期間を記入してください。また、その期間に一部でも給与の支給を受けた場合は「はい」に〇を付してください。			はい ・ いいえ		
第三者行為（交通事故や暴力行為など）によるものですか	はい ・ いいえ		※「はい」の場合は書類を別途提出し	相手がある場合は「はい」に〇を付してください。		
労災保険から休業補償を受けている期間の請求ですか	はい ・ いいえ ・ 請求中					
障害年金等の受給 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか 受給している場合、どちらを受給していますか	はい ・ いいえ ・ 請求中 障害厚生年金			※「はい」の場合は次の書類を添付して下さい。 ①受給要因となった傷病名の分かる書類（障害者手帳等）の写し ②「年金証書」の写し ③直近の「年金振込通知書」または「年金額改定通知書」の写し ※「請求中」の場合は次の書類を添付して下さい。 ①受給要因となった傷病名の分かる書類（障害手帳等）の写し ②「年金見込額照会回答票」の写し		
「はい」の場合 受給の要因となった傷病名	本請求の傷病名で障害年金等を受給されている場合は「はい」に〇を付し、関係欄へご記入のうえ、黄色欄に記載の書類を添付してください。					
「はい」の場合 支給開始年月日・年額	支給開始日 昭・平・令　　年					
退職後の申請期間 「老齢」または「退職」を事由とする公的年金を受給していますか	はい ・ いいえ ・			※「はい」の場合は直近の「年金振		
「はい」の場合 受給開始年月日・年額	支給開始日 昭・平・令　　年　　月　　日		年	退職後に老齢年金を受給されている場合は「はい」に〇を付し、関係欄へご記入のうえ、緑色欄に記載の書類を添付してください。		

②　同　意　書

東レ健康保険組合　理事長　殿

私は、傷病手当金等の請求にあたって、東レ健康保険組合が事業所を経由して給付す　同意をお願いします。　東レ健康保険組合が事業所および関係機関に情報照会を行い、関係機関が回答することに同意します。

※関係機関とは、医療機関・前加入保険者・日本年金機構などを指します。
※照会先が複数となる場合は、本同意書の写しも有効と認めます。

令和　〇〇年　〇〇月　〇〇日

被保険者氏名　〇〇〇　〇〇〇

受取方法	【在籍者】事業所に委任して下さい	③委任状	私は本給付金の受領を右記の者に委任します。 被保険者（請求者）氏名 〇〇〇　〇〇〇	私は本給付金の受領を左記の者より受任しました。 （受任者） 事業所にて「事業所名称」および「受任者氏名」をご記入下さい。（ゴム印可能）
	【退職者】振込先を記入して下さい		銀行・信金 信組・農協	本店 支店　　普通 ・ 当座 ・ 貯蓄
			口座番号	口座名義

退職者の方のみ、記入して下さい。

【被保険者の方へ】

1．①療養のため休んだ期間（申請期間）欄：傷病手当金は給与に代わるものです。概ね１カ月を単位として下さい。
2．②同意書欄：申請期間に係る給付事務を円滑に進めるため、ご署名をお願いします。
3．請求書の締切（健保到着日）は毎月１０日で、翌月２５日に支給します。（在職中は給与の中で支給します。③委任状のご署名もお願いします。）
なお、支給日の月初（概ね５日頃）に当組合の「KOSMOWeb加入者向けサービス」https://kosmoweb.jp から支給額を確認して頂けます。未登録の方は登録をお願いします。ユーザＩＤ・パスワードが分からない方は当組合にお問合せ下さい。