

健康 使用 欄	支払決議書				常務理事	事務長	次長				
	種別	傷手 ・ 延長 (/ ~) ・ 継続給付									
	賃金体系	月給 ・ 時給 ・ その他 ()				経理	給付				
	標準報酬月額	千円									
	資格取得	昭和 ・ 平成 ・ 令和		年	月	日	資格喪失	平成 ・ 令和	年	月	日
	総支給額	円									
	支払内訳	法定	円		年	月	日	～	年	月	日
付加		円		年	月	日	～	年	月	日	日間

健康保険 傷病手当金・延長傷病手当金付加金請求書(初回・継続)

記入例

平成 令和 年 月 日
法定給付満了年月日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号番号	記号	番号	被保険者 氏名	空野 花子
	事業所名 所属名	全日本空輸 (株) ○○部		被保険者の 生年月日	<input type="radio"/> 昭和 2 年 1 月 1 日 <input checked="" type="radio"/> 平成 2 年 1 月 1 日
	被保険者の 住所	〒163-8611 東京都新宿区西新宿1-1-1		連絡先 電話番号	03-5001-3550
	傷病名	突発性難聴		発病また は負傷日	<input type="radio"/> 平成 ○ 年 2 月 2 日 <input checked="" type="radio"/> 令和 ○ 年 2 月 2 日
	発病または 負傷原因	起床時、突然聞こえなくなった			
	療養のため休んだ期間 (請求期間)	<input type="radio"/> 平成 ○ 年 2 月 25 日～ <input checked="" type="radio"/> 令和 ○ 年 2 月 25 日～		<input type="radio"/> 平成 ○ 年 3 月 31 日 35 日間 <input checked="" type="radio"/> 令和 ○ 年 3 月 31 日 35 日間	
	医師への照会について 支給に際し、医師が証明した内容についてさらに照会の必要が生じた場合には 健康保険組合から担当医師への照会を行うことに同意しますか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ			
	①障害年金・障害手当金を受給していますか 障害年金・障害手当金の支給事由となった傷病名 (⇒請求中を選択した場合は必ず記入)	<input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> 請求中			
	②高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	<input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> 請求中			
	③労災保険から休業補償給付を受けている間の請求ですか	<input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> 請求中			
上記①・②・③で『はい』もしくは『請求中』の場合 受給開始 (予定) 日 昭和 平成 令和 年 月 日 年金 (予定) 額 円	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 該当する場合は 必ず記入 </div>				
負傷による休業の場合、第三者の行為による負傷ですか	<input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい				
本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委託します。 令和 ○ 年 4 月 10 日 被保険者または請求者 住所 〒163-8611 東京都新宿区西新宿1-1-1 氏名 空野 花子					
受取代理人 の欄	代理人の住所 〒105-7140 東京都港区東新橋1-5-2 代理人の氏名と印 全日本空輸 (株) 印				
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 事業主印以外は、すべて記入・捺印 </div>					

(備考)

療養を担当した医師が意見書をかくところ（全項目をご記入下さい）	患者名									
	傷病名	原則として本人の申請する期間と合っていること。 初回の申請時には、労務不能により休業を開始した日からの証明をとること。 （初回の傷病手当金の支給は待期期間3日間を経過した4日目からの支給となるため、 待期期間についても労務不能であったことの証明が必要）								
	発病日									
	発病場所									
	発病原因									
	療養の給付を開始した日	平成・令和	年	月	日					
	労務不能と認めた期間	年	月	日	～	年	月	日	日間	左記期間中の 診療実日数
	上記期間中の入院期間	年	月	日	～	年	月	日	日間	
	労務不能と認めた期間中の「主たる病状および経過」「治療内容・検査結果・療養指導」等 (詳しく)	医師の証明及び捺印							転帰 治癒 中止 継続 転院	
	症状経過からみて、従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見									
上記の通り相違ありません。								年 月 日		
医療機関所在地 医療機関の名称 担当医師の氏名 電話番号 ()										
証明年月日は上記、労務不能期間後であること。 将来の年月日に対する証明は認められません。										

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間	平成 令和	年	月	日	～	平成 令和	年	月	日	日間
	上記期間において 報酬を支給した場合 (有給休暇を含む)	年	月	日	～	年	月	日	日間	円	
		年	月	日	～	年	月	日	日間	円	
		年	月	日	～	年	月	日	日間	円	
	報酬を 支給しなかった場合	年	月	日	～	年	月	日	日間	円	
		年	月	日	～	年	月	日	日間	円	
		年	月	日	～	年	月	日	日間	円	
	現在までもまたは 将来も支給しない 場合はその旨										
上記の通り相違ないことを証明いたします。											
事業所の所在地 事業所の氏名 印 電話番号 ()											