

傷病手当金・傷病手当付加金・延長傷病手当付加金 請求書 (第 回)

日本電気健康保険組合 御中

★第1回目の請求の方は別紙『傷病手当金請求にともなう本人状況報告書(症状等・生活状況)』を添付してください。

※老齢年金、障害年金、障害厚生年金(障害基礎年金)受給中の方は、裁定通知書等を添付してください。

被保険者記入欄	被保険者証記号・番号	記号	番号	会社名	TELNET - -			
	氏名	平成 年 月 日		所属	メールNo. -			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日		業務の内容	事務職・営業職・技術職・研究開発・製造ライン・その他()			
	在職中に受領する保険給付金は給与支払い事業主に委任します。				自宅住所	〒 TEL - -		
	傷病名	発病または負傷の原因		1. 交通事故(第三者行為・自損) 2. 第三者行為 3. 労災等 4. その他				
療養のため休業した期間		平成 年 月 日から	左記のうち	平成 年 月 日から				
		平成 年 月 日まで(日間)	入院した期間	平成 年 月 日まで(日間)				
退職者、退職予定者の方は記入してください。								
金融機関名(ゆうちょ銀行は不可)		口座番号		フリガナ	退職年月日			
銀行		支店(普通)		名義	平成 年 月 日			

医師意見欄	労務不能の傷病名	発病・負傷年月日	昭和・平成 年 月 日				
		初診年月日	昭和・平成 年 月 日				
	傷病の主症状および経過の概要(具体的に詳しく記述してください) (申請期間中の症状および労務不能と認めた理由)	労務不能と認めた期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで(日間)				
		上記のうち入院した期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで(日間)				
		労務不能期間中の診療日数	日				
	(治療経過の状況)	記載のとおり相違ありません。平成 年 月 日					
(就労見込み状況)	所在地						
	医療機関名						
	医師名						
転帰 平成 年 月 日(治療・中止・継続・転院)							
お願い: 期間については記載日より以前の分につき証明願います。文字を訂正されたときは訂正印を押印してください。所在地、医療機関名はゴム印を押印してください。							

事業主証明欄	労務に就かなかった期間(勤務管理表添付)	① 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで(日間)	② 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで(日間)
	給与の支払い	全額・一部 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで(日間)	全額・一部 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで(日間)
	病欠欠動に至った状況のコメント	平成 年 月 日 事業所名	
	療養の継続および出社の確認 平成 年 月 日以降(継続療養・出社)	上記のとおり証明します。 委任を受けた保険給付金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。	

健康保険組合記入欄	資格取得日	昭和・平成 年 月 日	資格喪失日	平成 年 月 日	標準報酬月額	千円	日額	円	第 等級
	支給開始日	平成 年 月 日	今回の支給	第 回	待期日	/ ~ /	支給日	/ ~ /	日 累計 日
	被扶養者の有無		あり・なし			法定 付加 支 給 額	円 ×	日	円
	通院	/ ~ /	日	/ ~ /	日		円 ×	日	円
	入院	/ ~ /	日	/ ~ /	日		円 ×	日	円
	計	日	計	日	計		円		円
承認欄	常務理事	事務長	マネージャー	主任	担当	特記事項		受付年月日	