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（第　　回）　1/2

両面印刷不可

日本電気健康保険組合　御中

被保険者（申請者）記入用

☆訂正箇所は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。

被保険者情報	健康保険記号・番号	記号	番号	会社名		所属名	
	提出日　令和　年　月　日 氏　名 生年月日　昭和・平成・令和　年　月　日 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。			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（　　）		
				勤務形態	毎日出社　テレワーク　可（1か月　日位）　不可		
				自宅住所　〒 TEL　－　－			
	照会等の同意	私は、本手当金の支給に際し、貴保険組合が必要に応じ、担当医、事業主、年金事務所、その他関係する保険者等に必要な情報を提示及び照会すること、また、上記担当医等関係者が本照会に回答及び資料を提供することに同意いたします。また、この請求書の写しも有効であることに同意いたします。		氏名（署名）			
	退職者・退職予定者の方は、必ず口座情報をご記入ください。未記入の場合、給付が遅れることがあります。						
	退職者※予定含む	金融機関名　銀行　支店	口座番号　（普通）	フリガナ		退職年月日	
				名義		令和　年　月　日	

申請内容	傷病名	1	発病または負傷年月日	平成・令和　年　月　日
		2		平成・令和　年　月　日
		3		平成・令和　年　月　日
	請求期間中の療養状況	1 症状を詳しくご記入ください 2 医師からの療養に関する指示（通院間隔、服薬など）		
	＊ケガの場合のみ記入下さい。	1 ケガの原因(負傷した場所、負傷した状況など) 2 下記いずれかに○を付けてください ①交通事故（相手有・自損）　②ケンカ等相手がいるケガ　③労災等　④その他 **注）仕事中、通勤途上、交通事故、加害者による負傷の場合は必ず健康保険組合と勤務先にご連絡下さい。**		
	療養の為休業した期間	令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで（　日間） 申請期間のうち、待期期間（休業開始後3日間）および傷病手当金以上の給与補償がある日（年次休暇、FF休暇、病欠3等）は手当金の給付対象外です。		
	障害年金受給	下記いずれかに○を付けてください あり　なし　手続き中 ＊「あり」の場合、受給傷病名（　　）	老齢年金受給	下記いずれかに○を付けてください あり　なし　手続き中
		注）障害年金、老齢年金受給中の方は国民年金・厚生年金保険証書、年金改定額通知書を添付ください		
	労災保険受給	今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか。 はい　いいえ　労災請求中 **「はい」の時は申請できません。「労災請求中」と答えた場合、請求先の労働監督署をご記入ください。⇒　労働基準監督署**		

※ 請求者が家族の場合はご記入ください。

記入者名　　本人との関係

連絡先 住所　〒

電話番号　（　　）

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（第　　回）　2/2

日本電気健康保険組合　御中

医師等／事業主記入用

医師意見欄

患者氏名			
傷病名	1	療養給付開始年月日(初診日)	平成・令和　年　月　日
	2		平成・令和　年　月　日
	3		平成・令和　年　月　日
発病または負傷の年月日	平成・令和　年　月　日	労務不能と認めた期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで（　日間）
発病または負傷の原因		上記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日数	日

＊　診療日を○で囲んでください

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
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
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

上記期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)

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

転帰	令和　年　月　日（治癒・中止・継続・転院）

上記のとおり相違ありません。　令和　年　月　日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名

電話　（　　）

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下さい。所在地、医療機関名はゴム印を押印して下さい。

医師意見欄の記載内容を、被保険者等が修正・加筆した場合は、書類の改ざん(不正行為)とみなし、給付金の支給を停止します。

事業主証明欄

労務に就かなかった期間 (第1回は勤務管理表添付)	①	令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで(　日間)
	②	令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで(　日間)
給与の支払い	全額・一部	令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで(　日間)
	全額・一部	令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで(　日間)

病気欠勤に至った状況のコメント

療養の継続および出社の確認

令和　年　月　日以降

（継続療養　・　出社）

令和　年　月　日　事業所名

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。

事業主名
(代理人)

健康保険組合記入欄

資格取得日 昭和・平成・令和　年　月　日				資格喪失日　令和　年　月　日						支給決定月額				
支給開始日 平成・令和　年　月　日				今回の支給　第　回				待期日 ／～／		支給日 ／～／　日			残日数　日	
／～／	日			／～／	日	支給額	法定	円 ×	日	円
／～／	日			／～／	日			円 ×	日	円
／～／	日			／～／	日		付加	円 ×	日	円
計	日			計	日			計		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