

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)

日本電気健康保険組合 御中

★訂正箇所は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。

※第1回目の請求の方は別紙「傷病手当金請求に伴う本人状況報告書(症状等・生活状況)」を添付してください。
 ※高齢年金・障害年金受給中の方は、国民年金・厚生年金保険年金証書、又は、年金額改定通知書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	-	-	
	提出日	令和	年	月	日	所属	メールNo.	
	氏名	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()						
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	自宅住所	〒	
	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)	
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	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで(日間)
退職者 ※予定 含む	金融機関名	口座番号	フリガナ	退職年月日				
	銀行	(普通)	名義	令和	年	月	日	

※退職者・退職予定の方は、必ず口座情報をご記入下さい。未記入の場合、給付が遅れることがあります。

医 師 意 見 欄	労務不能の 傷病名	発病・負傷年月日	平成・令和	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)	初診年月日	平成・令和	年	月	日
	(治療経過の状況)	労務不能と 認めた期間	令和	年	月	日まで(日間)
	(就労見込み状況)	上記のうち 入院した期間	令和	年	月	日まで(日間)
	転帰	令和	年	月	日(治療・中止・継続・転院)	労務不能期間中の診療日数

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。
 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	労務に就けなかった期間 (勤務管理表添付)	①	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで(日間)
	給与の支払い	②	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで(日間)
	病欠欠勤に至った状況のコメント	令和	年	月	日	事業所名				

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)
 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	円	円	第	等級				
	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	累計	日
	被扶養者の有無		あり・なし																
	通院	/	~	/	日	入院	/	~	/	日	支 給 額	法定	円	×	日	円			
	計	日	計	日	計	日	計	円	×	日	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