令和　　年　　月　　日

農林中央金庫健康保険組合理事長 殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 健康保険 | 傷 病 手 当 金 | 請求書 |
| 延長傷病手当金付加金 |

(第　　回目)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証 | 区 分 | 記 号 | 番号(右詰め) | | | | | | | | | 被保険者氏名・生年月日 | | | | | | | | 事業所・所属・連絡先 | | |
| 一 般 |  |  | |  | |  |  |  |  | | フリガナ | | | | | |  | | 事業所 |  | |
|  |  | 所 属 |  | |
|  |  | (昭・平　　年　　月　　日生) | | | | | | | | 連絡先 | (　　　) | |
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | 被保険者の現住所 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 標準報酬月額 | | | 千円 | | | | | | | | | | | 被保険者の業務の種別 | | | | |  | | |
| 資格を取得した年月日 | | | 昭・平・令　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | 疾病または負傷の年月日 | | | | | 平・令　　年　　月　　日 | | |
| 傷 病 名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発病の状態または負傷の原因を詳しく | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疾病または負傷の療養をするため休んだ期間 | | | 令和　　年　　月　　日から  令和　　年　　月　　日まで 　　　日間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記期間中の報酬について | | | 現 在 | | 受けない・受けた | | | | | | | | | | 年　　月　　日から  　　年　　月　　日まで　の分として　　　　　　　円 | | | | | | |
| 将 来 | | 受けられない・受けられる | | | | | | | | | | 年　　月　　日から  　　年　　月　　日まで　の分として　　　　　　　円 | | | | | | |
| 労災保険からの休業補償給付の受給状況について | | | 1.受けていない  2.労災請求中  3.受けている | | | | | | | 2または3と答えた場合、支給元（請求先）の労働基準監督署をご記入ください | | | | | | 労働基準監督署 | | | | | |
| 障害年金･障害手当金、老齢または退職を事由とする年金の受給状況について | | | 1.受けていない | | | | | | | ― | | | | | | | | | | | |
| 2現在請求中 | | | | | | | 請求年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 3.受けている  (証書･支給額変更通知書のｺﾋﾟｰを初回・変更時添付) | | | | | | | 年金の種別 | | | 障害年金・障害手当金・老齢厚生年金・老齢基礎年金・その他 | | | | | | | | |
| 受給開始年月 | | | 年　　月 | | | | | | | | |
| 年金・手当金等の証書の記号番号(コード番号) | | | | | | | |  | | | |
| 年金額 | | 円 | | | | 障害年金･障害手当金の支給事由となった傷病名 | | | | |  |
| * **□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業主への受領委任  (農林中央金庫の方は記入不要) | | | （会社名をご記入ください　支店名は不要）  本請求に基づく給付金の受領を事業主　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　に委任します。  被保険者氏名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

被保険者証の記号番号に代えて、マイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。

（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認のための添付書類が必要です。）

|  |
| --- |
| 備考欄 |

(健康保険組合使用欄)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支 給・支 払 伺 | 支 給 額 | 法 定 | 円 | | 資 格 | | | 得 | | ・　・ | | | | 喪 | | ・　・ | |
| 付 加 | 円 | | 前 回 | | | 始 | | ・　・ | | | | 終 | | ・　・ | |
| 計 | 円 | | 承認期間 | | | 自 | ・　・ | | | | | 至 | | ・　・ | |
| (計算根拠) | | | | | | | | | | 待 期 | | | ～　　日間 | | | |
| 平均月額 | | | 円 | | | |
| 支給日数 | | | 日間 | | | |
| 受付日 |  | | 決 定 日 |  | | 常務理事 |  | | | | | 事務長 |  | | 係 | |  | |
| 処 理 日 |  | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(第二種 H10)2022.01

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業主が証明するところ | 労務に服さなかった期間 | | | 年　　　月　　　日から  　　　年　　　月　　　日まで | | | | 日間 | | | | | | | |
| 上の期間中の分と  して支払う報酬関係 | 全額支給した場合  または支給する場合 | | 年　　月　　日から　　年　　月　　日までの分として | | | | | | | | | | | |
| 円(　　月　　日支払) | | | | | | | 日額 | | 円 | | |
| 一部支給した場合  または支給する場合 | | 年　　月　　日から　　年　　月　　日までの分として | | | | | | | | | | | |
| 円(　　月　　日支払) | | | | | | | 日額 | | 円 | | |
| 現在までにも、また将来も支給しない場合はその旨 | |  | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違のないことを証明します。  令和　　年　　月　　日  事業主 住　所  名　称  氏　名  電 話 　　　　 ( 　　　　 ) | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養を担当した医師が意見を書くところ | 傷 病 名 | |  | | | 傷病が結核性であるか否か | | | 結核性・非結核性 | | | | | | |
| 発病または負傷の原因 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 発病または負傷の年月日 | | 年　　月　　日 | | 療養の給付を  開始した年月日 | | | | | | | 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 | | | | 左の期間中の診療実日数 | | | | | | | | 日間 |
| 傷病の主状態  および経過概要 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 復帰予定 | | 年　　月頃 | | | | | | | | | | |
| 上記期間中に入院した期間がある場合は、その期間 | | 令和　　年　　月　　日から  令和　　年　　月　　日まで　　　日間 | | | | | | | 入院費用の別 | | | | 健保・自費  ・公費 | |
| 上記のとおり相違のないことを証明します。  令和　　年　　月　　日  医療機関所在地  医療機関の名称  医師の氏名  電 話 　　　　 ( 　　　　 ) | | | | | | | | | | | | | | |