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 | （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) | 待期期間 | 　　　　　　　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)2024.06

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 　　　　 ( 　　　　 ) 　　　　 |