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 延長傷病手当金付加金 請求書

（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
	上の期間中の分として支払う報酬関係 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
	上の期間中の分として支払う報酬関係 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　(　　)