

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)

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	
				(昭・平 年 月 日生)	所属 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		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			
(証書・支給額変更通知書のコピーを初回・変更時添付)	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			
※ <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)						
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 額	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 . . .
支 払 伺	(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					

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
	上記の期間中の報酬関係	全額支給した場合 または支給する場合	年 月 日から 円(月 日支払)	年 月 日までの分として	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 円(月 日支払)	年 月 日までの分として	日額 円
		現在までも、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 ()				