

請求(記入)欄の太ワク内は必ず本人で記入し、医師、歯科医師の意見欄に記入証明印をもらってから事業主に提出して下さい。(継続給付の方は、2回目以降は事業主の証明欄不要)

受付日 年 月 日

(第 回)

傷病手当金・付加金請求書

(保存10年)

本人請求欄	被保険者証 記号・番号	記号	番号	会社名	業務種別	営業 事務 管理 技術 製造 その他()	
	発病又は 負傷の年月日	令和 年 月 日	傷病名	発病又は 負傷の原因	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	報酬額 円	
	労務に服することが できなかった期間 (初回申請の場合は 3日間が待機期間)	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	左記期間中報酬の全部 又は一部を受ける時は その報酬の額及び期間	令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	報酬額 円
	入院・ 通院	医院の名称	(申請期間含む) 入院・通院	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	氏名	続柄	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日
入院・ 通院	医院の住所	〒 -	被扶養者のあるときは その内の一人について	氏名	続柄	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	
記入欄	1.【全員】下記内容の確認と同意の上、自署をお願いします						
	(1)傷病手当金と同一疾病での障害年金や老齢年金を受給する場合 ①傷病手当金の支給額が調整されること ②既に傷病手当金が支給されている期間に上記年金を受給する場合、 調整額を返納いただくこと			(2)労災保険の休業給付等と同一疾病で労務不能の場合 ①傷病手当金の受給対象外であること ②傷病手当金を受給後に労災保険が認定された場合、 傷病手当金は全額を返納いただくこと ③給付終了(打ち切り)後も傷病手当金は支給されないこと			
	▼障害年金・障害手当金の受給 □なし □受給中 □申請中 ⇒受給中、申請中の場合【傷病名】【 円】(払込通知書添付)			▼労災保険に休業給付等を申請していますか? □いいえ □はい⇒健保へご連絡ください			
	▼老齢年金等の受給(60歳以上の方のみ) □なし □受給中 □申請中 ⇒受給中の場合【年金額】【 円】(払込通知書添付)			(3)第三者行為(交通事故・ケンカ等)による傷病ですか □いいえ □はい⇒健保へご連絡ください			
	(4)傷病手当金の支給決定のため当組合が必要とする事項を ①関係機関(官公署・医療機関)に対し照会すること ②また、この支給申請書の写しも有効とし、照会を受けたものまたは 関係機関等が当該照会に対し回答すること			(5)東洋アルミ健保加入(資格取得)から1年未満ですか □いいえ □はい ⇒「はい」の場合、「健康保険加入記録・保険給付記録等の 調査に対する同意書」を記入・添付ください			
上記内容について、理解し同意します							
令和 年 月 日			住所 被保険者(従業員) TEL 氏名				
東洋アルミニウム健康保険組合理事長殿							
支払方法	番号選択	1. 現金		2. 振込先(下記に記入)		3. 事業主に(仮)支払	
	振込先	銀行	支店	普通	名義人 カナ 漢字	←被保険者(従業員)口座で 前回と変更がない場合は 記入不要	
医師の意見欄	傷病名	発病又は負傷の原因		療養の給付を開始した 年月日 年 月 日			
	発病又は負傷の年月日	年 月 日	日間	診療実日数	日間		
	労務不能と認めた期間	自 至 年 月 日	日間	日間	日間		
	傷病の主症状 及び経過概要	記載のとおり相違ありません。 年 月 日 住所 医療機関名 医師名					
事業主証明欄	労務に服さなかった 期間	自 至 年 月 日	日間	左欄につき証明します。			
	上記期間中に支払う報酬関係	全部 ・ 一部 ・ 不支給		添付:賃金台帳(給与明細書)の写し、出勤簿(勤務報告書)の写し			
	自 年 月 日 至 年 月 日	の分として 金 円 (年 月 日支払)					
組合処理欄	傷病手当金 支給開始	年 月 日	被扶養者	無・有	自宅 入院 期間	全期・途中	
	支給期間	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	標準報酬	千円 日額	円	
	【計算基礎】					支払印	
	標準報酬日額		支給率	日数	上段)事業主より受けた報酬額 下段)①傷病手当金の額(減額前)		
	① ¥	× 2/3	×	— ¥	= ¥		
② ¥	× 80%	×	— ¥	= ¥			
支出費目	款	項	目	常務理事	事務長	係員	
	① 03 01 07	決済			支給決定額		支給決定年月日
② 03 02 06				①+②		令和 年 月 日	