

決 裁		年 月 日						
支 給 支 出 伺	支 給 金 額	円	給 付 期 間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	常務理事	事務長	担当者	
	資格取得日	年 月 日	支 給 基 礎					
	資格喪失日	年 月 日						
報酬日額	円							

傷病手当金・傷病手当付加金請求書 第 回

被保険者証 記号・番号	－	事業所の名称		資格喪失日 (退職日の翌日)	年 月 日			
傷 病 名				発病又は負傷 の年月日	年 月 日			
第三者行為による 傷病の有無	はい → ダイヘン健保へご連絡の上、「第三者行為による傷病届」一式をご提出ください。 いいえ → 自損事故(白転車事故を含む交通事故)の場合はダイヘン健保へご連絡ください。							
療養のため 休業した期間	自 年 月 日 至 年 月 日	発病又は負傷の原因		※就業時間中・出勤途上の負傷は原則労災保険適用です。				
障害年金 受給について	障害年金・障害手当金を受けていますか		はい ・ いいえ ・ 請求中		【障害年金】又は、【老齢年金】受給者については、下記①～③の写しを添付してください。(③については障害年金・障害手当金受給者のみ) ①年金証書 ②直近の年金振込通知書 ③身体障害者手帳(病名記載頁) ※金額変更があった際は変更後の支給額がわかる書類を添付してください。			
	はいの場合→受給原因となった傷病名							
	受給開始年月日		年 月 日					
	受給年金額		円/年					
老齢年金 受給について	老齢・公的年金を受けていますか		はい ・ いいえ ・ 請求中		①年金証書 ②直近の年金振込通知書 ③身体障害者手帳(病名記載頁) ※金額変更があった際は変更後の支給額がわかる書類を添付してください。			
	はいの場合→年金制度名							
	受給開始年月日		年 月 日					
	受給年金額		円/年					
	*年金額が確定した後、支給額を証明する書類の写しを退職後初回の請求書に添付してください。							
支 払 機 関 欄	金融機関名			口座名義				
	銀行 本店			(ｶﾌｬﾃﾞ記入)				
	金庫 支店			普通預金				
	農協 出張所			口座番号				

上記の通り請求します。また下記の事項について異議無く同意いたします。

①他の保険者から照会があった時、又は他の給付を行う時この請求書の内容を参考とする場合があること。

②ダイヘン健保が医師等へこの請求書の内容について照会する場合があること。

③原籍が(株)ダイヘン、ダイヘンテック(株)、ダイヘンビジネスサービス(株)、ダイヘン産業機器(株)の方は、給与口座へ会社を介して振込むこと。

④上記③に該当しないもの、並びに給付時点での資格状況によっては支払機関欄にて指定された口座へ、ダイヘン健保から直接振込むこと。

⑤ダイヘン健保の被保険者資格を喪失後の期間においては付加給付の対象外となること。

年 月 日 住 所
TEL 氏 名
ダイヘン健康保険組合理事長 殿

被保険者証 記号・番号	－	被保険者氏名	
----------------	---	--------	--

●請求期間全ての勤怠表を毎回必ず添付してください。

事業主証明欄	労務に服さなかった期間		年 月 日 から 年 月 日 まで	
	※上記全期間中の報酬状況を下欄1～3のいずれかに記入し、最終日が休日になる場合は、休日明けの出勤状況に○をつけてください。→ 出勤 ・ 欠勤 ・ 有休 ・ その他（ ）			
	る1もくの31のついにず○れをかつかけるす	1 全額支給	年 月 日 ～ 年 月 日 (円 月 日支払)	
		2 一部支給 (有休や飛び石勤務など、1日でも給与の支給がある場合はこちら)	年 月 日 ～ 年 月 日 (円 月 日支払)	
			年 月 日 ～ 年 月 日 (円 月 日支払)	
			年 月 日 ～ 年 月 日 (円 月 日支払)	
			年 月 日 から 年 月 日までは欠勤等のため、無給	
			年 月 日 から 年 月 日までは欠勤等のため、無給	
	年 月 日 から 年 月 日までは欠勤等のため、無給			
	1 全額不支給	欠勤等のため、無給		
備 考				
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 住所 事業主 氏名				

●労務不能と認めた期間以降に証明してください。（未来日の証明は受付できません）

療養を担当した医師の意見書	傷 病 名					
	発病又は負傷 の年月日	年 月 日	発病又は 負傷の原因			
	主病状及び 経過の概要					
	診療開始日	年 月 日	診療終了日	年 月 日	完治・継続・中止	
	労務不能と 認めた期間	自 年 月 日 日間 至 年 月 日	診療実日数 (原則、1カ月に 1日以上あること)	日間		
	上記期間中に 入院した期間	自 年 月 日 日間 至 年 月 日	復職可能 見込年月日	年 月頃		
	医療機関の 住所・名称 および 医師の氏名	上記のとおり相違ありません。 年 月 日 所在地 医療機関の 名称 医師氏名				