

事業主 經由
 JFE健康保険組合 行 傷病手当金
 傷病手当金付加金 支給請求書
 延長傷病手当金付加金

常務理事	事務長	室長	担当

2枚目にも記号番号被保険者氏名をご記入ください。

◎裏面の注意事項をよく読んでから記入してください。

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番号	被保険者氏名				生年月日					
							昭和 平成 年 月 日					
	会社名	所属				電話番号						
	請求期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで										
	傷病の原因	・ 第三者行為 ・ 業務災害 ・ 通勤災害 ・ 私傷病(左記以外)										
	年金受給状況	無 ・ 有 (右いずれかに○) ・ 老齢年金 ・ 企業年金等 (名称:) ・ 障害年金等 (傷病名:)										
	※年金等を受給している場合は、初回申請時に①年金証書(写)と②振込通知書(写)を添付してください。 ※年金等を受給することになった時や年金額に変更があった時は、①②を速やかにご提出ください。											
	希望送金先 (退職者のみ)	銀行名	ゆうちょ銀行不可				銀行コード					預金種別
		支店名					支店コード				普通 当座 貯蓄	
		口座名義	カタカナで記入				口座番号					
上記の通り請求いたします。JFE健康保険組合から支給される給付金の受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日 〒 被保険者住所 _____ 被保険者氏名 _____ ⑩ 電話番号 _____ 代理請求人氏名 _____ ⑩ 被保険者との続柄 _____												
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、本人確認するための添付書類が必要です。												
備考欄												

健 保 記 入 欄	傷病手当金				延長傷病手当金付加金				健保受付印			
	支給済期間				支給済期間							
	年 月 日から				年 月 日から							
	年 月 日まで				年 月 日まで							
	支給期間				支給期間							
	年 月 日から				年 月 日から							
	年 月 日まで				年 月 日まで							
	平均日額	法定	付加金		平均日額	延長付加金						
	法定			円	延長付加金							円
	付加金			円	支払先	1. 個人口座						
計			円	2. 任継								
傷病コード				(上記以外は事業主)								

記号	番号	被保険者氏名

療養を担当した医師記入欄	傷病名											初診日	平成	年	月	日			
	発病又は負傷の原因											発病又は負傷の日	平成	年	月	日			
	労務不能と認められた期間	※被保険者又は被保険者であった者が従事していた本来の業務と同等の業務にたえうるか否かを基準として記入してください。										左の期間中の診療実日数			日間				
		平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで						日間				
	上記のうち入院期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで						日間				
	療養のため労務不能と認められた理由																		
上記の通り相違ありません。															証明日	令和	年	月	日
医療機関		所在地																	
		名称																	
		医師名													Ⓜ	電話番号			
※住所並びに医療機関名称はゴム印を使用いただくか、公印(病院印)の捺印をお願いいたします。																			

事業主証明欄	就業状況 出勤→出 年休→年 欠勤→欠 公休→公																															
	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		月																														
	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		月																														
	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		月																														
	支給した賃金内訳	期間	年 月 日～					年 月 日～					年 月 日～					備考														
			年 月 日まで					年 月 日まで					年 月 日まで																			
		報酬の名称	支給額					支給額					支給額					例：出・年のみ支給、○日より 0円、通勤費 6ヶ月分支給、半額支給等														
給与																																
通勤費																																
上記の通り証明いたします。															証明日	令和	年	月	日													
事業所		所在地																														
		名称																														
事業主(代理人)氏名															Ⓜ	担当者名	Ⓜ															
															Ⓜ	電話番号	Ⓜ															

注 意 事 項

1. 文字は、わかりやすく書いてください。
住所は何棟、何号室、何々方等最後まで書いてください。
2. この請求書は、被保険者記入欄、医師記入欄の記入押印後、事業主を経由し健康保険組合にできるだけ早く提出してください。
なお、医師に対して将来の労務不能期間の予想や、休業意見の記入を無理に要求してはいけません。医師の証明は、現に治療・療養の指導を受けている主治医よりこれを受けてください。
支給期間は、被保険者の請求期間に対し、医師が労務不能と認めた期間（医師の証明日を超える日にちは対象となりません）と事業主証明内容により決定されます。なお、初回の申請は、3日目までが待期期間となり、支給対象になりません。
3. 請求印は必ず押印してください。
4. 請求期間については、傷病手当金が生計費の補填であるという性格上、長期間まとめた請求とならない様ご注意ください。
5. 原則として20日までに請求された分については、翌月の20日に健康保険組合から事業主に支払い、事業主から被保険者への支払いとなります。
6. 退職その他で会社給与のない方には、ご希望の金融機関（ゆうちょ銀行不可）宛に送金しますので、希望送金先を記入してください。
なお、任意継続被保険者は郵便貯金口座に送金します。
7. 送金の場合は、金融機関の休日等の都合で指定口座への入金が3～5日遅れる場合があります。あらかじめご了解ください。
8. 厚生年金保険法による障害年金または障害手当金受給者は、第1回目の請求時には、必ず「年金裁定通知書の写」を添付してください。
年金額が変更になった時は必ず連絡し、「改訂通知の写」を添付してください。
9. 傷病手当金受給中は傷病手当金付加金が同時に支給されます。
また、傷病手当金の法定支給期間が満了となった場合には、傷病手当金の支給開始から3年の期間が経過するまで延長傷病手当金付加金が支給されます。
ただし、退職された方（資格を喪失した方）については、いずれの付加金も支給されません。
10. 退職者の方は、退職日を境にして請求書を別にしてください。
11. 当請求書提出までに被保険者が死亡されているときは、相続人が代理請求できます。
12. 任意継続被保険者で厚生年金保険法による老齢退職年金受給者は、請求時には必ず「年金裁定通知書の写」を添付してください。
13. 外傷の場合には「傷病原因届」を、また負傷で交通事故、暴力等第三者の行為による場合には、その届書を必ず添付してください。用紙は健康保険組合にあります。
14. 事業主証明欄の「給与支給額」・「通勤費支給額」は、「労務不能期間」（病欠欠勤中）に対して会社から支給があった場合にご記入ください。

JFE健康保険組合所在地	〒	TEL	FAX
東京都千代田区内幸町一丁目3番3号 内幸町ダイビル4階	100-0011	03-3597-3333	03-3597-3324