

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			
	1 2 3	1 2 3 4 5 6	健保 太郎			昭和 平成	〇〇年	〇〇月	〇〇日
	会社名	〇〇〇(株)		所属	〇〇部〇〇課				
	請求期間	平成 令和 〇〇年 〇月 23日から			平成 令和 〇〇年 △月 30日まで				
	傷病の原因	・第三者行為 ・業務災害 ・通勤災害 <input checked="" type="radio"/> 私傷病(左記以外)							
	年金受給状況	<input checked="" type="radio"/> 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)							
	※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)を初回時に添付してください。 ※年金等を受給することになった時や年金額に変更								
	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							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 〇〇年 〇月 〇日 〒123-1234 被保険者住所 〇〇市〇〇区〇〇町〇丁目〇番地〇号 被保険者氏名 健保 太郎 (健保) 電話番号 012-123-1234 代理請求人氏名 被保険者死亡の場合 相続人の氏名・印 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。									

年金受給状況 有の場合は、①年金証書(写)と②振込通知書(写)を初回時に添付してください。

退職の方…記入して下さい  
任意継続の方…記入不要  
在職中の方…記入不要

記号・番号で申請の方は記入の必要はありません。

健 保 記 入 欄	傷病手当金			延長傷病手当金付加金		
	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	期間	支給	期間	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			
1	2	3	1	2	3	4	5	6	健保 太郎

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	<small>※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にして記入してください。</small> 平成 ○○年 ○月 23日から 39日間 平成 ○○年 △月 30日まで						左の期間中の診療実日数		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	未来日の証明は無効です。 労務不能と認められた期間の最終日以降に証明を受けてください。										
	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	医療機関住所・名称が手書きの場合は、医療機関の公印の捺印をいただいでください。									
		名称										
		医師名										
	<small>※住所並びに医療機関名称はゴム印を使用してください。</small>											

請求期間・労務不能と認められた期間 ○月23日からの場合  
初回、初めの連続した3日間は、『待期間』です。  
(23・24・25日は、支給されません)

事業主証明欄	就業状況	出勤→出	年休→年	欠勤→欠	云	休	云																									
	○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	出	出	出	出	出	公	公	出	出	出	出	出	公	公	出	出	出	出	出	公	公	年	年	欠	欠	欠	公	公	欠	欠	欠
	○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	欠	欠	公	公	欠	欠	欠	欠	欠	公	公	欠	欠	欠	欠	公	公	欠	欠	欠	欠	欠	公	公	欠	欠	欠	欠	欠	欠	
	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 1日～			○○年 △月 1日～			年 月 日～			備考																				
			○○年 ○月 31日まで			○○年 △月 30日まで			年 月 日まで			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																				
		報酬の名称	支給額			支給額			支給額			○月出・年のみ支給																				
給与		120,000			0						×～○月(6ヶ月)分支給済 180,000円																					
通勤費	30,000			0																												
住宅手当	15,000			15,000																												
	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	未来に対する証明は無効です。																													
		名称																														
	事業主(代理人)氏名			Ⓜ	担当者名			Ⓜ	電話番号																							