

健康保険 延長傷病手当金付加金 請求書 (第 回 目) 2枚組の1枚目

神戸製鋼所健康保険組合 御中

令和 年 月 日 請求

被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号 ※枝番記入不要													被保険者 住 所	〒		—									
	事業所名												電話		()		—									
	被保険者 (請求人)氏名																									
	傷病名												発病又は 負傷年月日		平成・令和 年 月 日											
	療養のために 休業した期間 (請求期間)		自： 令和 年 月 日 ～ 至： 令和 年 月 日 日間																							
			※上記期間中に <u>請求しない日</u> がある場合はご記入ください																							
	休業期間中の療養状況(詳しく)																									
	あなたの仕事の内容(具体的に)																									
	発病又は負傷の原因(詳しく)																									
	発病又は負傷の原因について ☐ ① 私傷病 ☐ ② 業務関連・通勤途上 ☐ ③ 第三者の加害行為																									
発病又は負傷の原因が②の場合、労災保険へ申請を行いますか？			☐ はい		労災保険が不支給決定された場合に傷病手当金の対象となります。 まずは事業所担当者をご相談ください。																					
			☐ いいえ		※いいえと答えた理由をご記入ください																					
公的年金等の受給状況 ☐ ①障害年金・手当金 ☐ ③労災休業補償 ☐ ④老齢年金 ☐ ⑤雇用保険 ☐ ⑥申請中 () ☐ ⑥受給無																										
障害年金受給有の場合(※)			対象傷病名：										受給額： 円/年													
※初回申請時及び受給開始時は「年金証書(写)」を添付してください(受給額変更時はその都度要添付)																										
以下について同意します																										
- この給付金の受領を事業主に委任すること（在職者のみ） - この給付金と同一疾病にて障害厚生年金（含む障害手当金）の受給申請をすること - 障害年金等の支給または不支給決定まで延長傷病手当金付加金支給開始日から6ヵ月間を限度に給付金の仮支給を受けること - 障害年金等が遡って支給されたときは、併給期間の給付金について障害年金等の相当額を返還すること - 神戸製鋼所健康保険組合が、必要に応じて関係者（保険者、医師、事業主等）に対して審査に必要な情報の照会を行うこと、また関係者がそれに対して回答すること																										
令和 年 月 日																										
被保険者氏名（自署）																										
支 払 方 法	・請求人が当健保の被保険者 <u>以外</u> の場合は、ご指定の銀行口座(請求人の名義に限る)に振込みますので、右欄に必要事項を記入してください。 ・請求人が被保険者の場合は給与合算、任意継続被保険者の場合はゆうちょ銀行に振込みます。										銀行名：					支店名：										
											普通・当座					口座番号										
											名義(カカナ)：															

※給付審査を迅速・適正に行うため、記載内容に不備・記入漏れ等のないようお願いします。
 ※意見書交付料の記載された領収書・領収明細書の提出を求める場合があります。予めご了承ください。
 ※事業主経由で給与に合算して支払う場合、支払事務のため被保険者名と給付金額を事業主へ連絡します。

健康保険組合記入欄									
日額		傷病手当金支給開始日		年 月 日		備考		受付印	
平均日額		延長傷手仮支給開始日		年 月 日					
円		延長傷手仮支給終了日		年 月 日					
21/30		障害年金申請結果等受領日		年 月 日					
円		延長傷手支給満了日		年 月 日					
支給期間		日数		支給日					
自：		日間		伝票番号					
月 日				支給決定額 合計					
至：									
月 日						円			

健康保険 延長傷病手当金付加金 請求書（第 回目） 2枚組の2枚目

神戸製鋼所健康保険組合 御中

令和 年 月 日 請求

医師の意見欄	患者氏名																																				
	傷病名																発病又は負傷の原因																				
	今回の請求期間中に 労務不能と認めた期間		自 令和 年 月 日															発病又は負傷年月日					平成・令和 年 月 日														
			至 令和 年 月 日															初 診 日					平成・令和 年 月 日														
	診 療 日	月	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	計	日		
		月	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	計	日		
	請求期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)：																																	繰越			
																																		治癒			
																																		転医			
																																		死亡			
																																	中止				
見 欄	症状経過からみて従来の職種について就労不能と認められた医学的な所見：															上記の通り相違ありません。 令和 年 月 日																					
																住 所：																					
																医療機関名：																					
																医師氏名：																					

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者のサインをご記入ください。

事業主の証明欄	被保険者氏名																																	
	療養のために休業した期間	自： 令和 年 月 日 ～ 至： 令和 年 月 日																									日間							
	上記期間中の勤務状況 日付の下に【出勤は○】【有給休暇は△】【公休は公】【欠勤は×】でそれぞれ表示してください																																	
	月	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	出勤	有休
																																	日	日
	月	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	出勤	有休
																																	日	日
	上記期間中に報酬の全部、または一部を支給した期間及び金額															令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日															円			
	現在の状況															☐ 休業継続 ☐ 復職（令和 年 月 日） ☐ 退職（令和 年 月 日）																		
	上記の通り相違ありません 令和 年 月 日																																	
事業所所在地																																		
事業所名																																		
事業主名																																		

※事業所担当者様へ 提出前にご確認の上、☑をお願いいたします。

- ☐ 被保険者記入欄に記載漏れ、チェック漏れ、署名漏れがないか確認した
- ☐ 被保険者記入欄の「発病又は負傷の原因」についての回答が②の場合、本人に労災申請の意思がないことを確認した
- ※労災該当に関する事業所の見解をご記入ください。（すでに回答済の場合は記入不要です。）

- ☐ 医師の意見欄に記載漏れがないか、医師の証明期間が請求期間をカバーしているか、医師の証明日が請求期間最終日以降であるかを確認した
- ☐ 事業主証明欄に記載漏れがないかを確認した

事業所担当：