

健 保 処 理 欄	支給決定並びに支出伺		年 月 日					
	支給額		円	決 裁	常務理事	事務長	担当者	台帳照合印
	支給	傷病手当金	円					
	内訳	延長傷病手当付加金	円					
	支給開始	年 月 日						
	支給期間	自	年 月 日	資格取得	年 月 日			
		至	年 月 日 日間	資格喪失	年 月 日			
前回	年 月 日 ~			年 月 日				
標準報酬 日額								

傷病手当金・延長傷病手当付加金 支給申請書 兼 同意書 (第 回 目)

※ 和暦でご記入ください

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者等 記号・番号		②事業所名		
	③業務の内容 (具体的に) (退職後の申請の場合は退職前の業務内容)				
	④発病または 負傷の年月日	年 月 日	⑤傷病名		
	⑥発病または 負傷の原因				
	⑦療養のため休んだ期間	年 月 日から		年 月 日まで 日間	
	⑧上記の期間内で報酬を受けた期間	年 月 日から		年 月 日まで	
	⑨上記傷病で、障害厚生年金や障害手当を受給していますか ※「はい」の場合は『年金額通知書(写)』を添付願います			はい・請求中・いいえ	
	⑩高齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか			はい・請求中・いいえ	
	⑪今回の請求は労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか			はい・請求中・いいえ	
	⑫振込希望の銀行	銀行 支店(普) 口座No.			
	健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、クラレ健康保険組合が関係機関に対して、 給付記録・療養の給付記録・診療履歴・年金・労災支給状況等、他の法令による保険給付受給に関する情報等の 照会を行うこと、また、関係機関が上記照会の回答をすることに同意し、上記を申請します。				
	⑬ 年 月 日 被保険者 住所 氏名 クラレ健康保険組合理事長 殿 電話				
	⑭確認欄	<input type="checkbox"/> この申請については、申請者本人(被保険者)が作成したものです。			

(裏面に続く)

傷病手当金・延長傷病手当付加金 支給申請書 兼 同意書

※ 和暦でご記入ください

事業主が証明するところ	⑮被保険者氏名			⑯事業所人事 確認印	
	⑰労務に服さなかった期間	年	月	日から	
		年	月	日まで	日間
	⑱上記の期間に対する 給与の支払いについて	<input type="checkbox"/> 添付の賃金台帳、勤務表のとおり			
	上記のとおり相違ないことを証明します。				
				年	月
				日	
	⑲ 事業所所在地				
	事業所名称				
	事業主氏名	Ⓜ			
	電話 ()		—		

※ 和暦でご記入ください

療養を担当した医師が意見を書くところ	⑳患者名					
	㉑傷病名					
	㉒発病または負傷の原因					
	㉓発病または負傷の年月日	年	月	日		
	㉔診療開始年月日	年	月	日		
	㉕労務不能と認めた期間	年	月	日	から	⑳診療実日数
		年	月	日	まで	日間
		日間				
		㉗上記労務不能と認めた 期間中における傷病の 主症状および経過概要				
		㉘症状経過からみて 労務不能と認められた 医学的所見				
	上記のとおり相違ありません。					
				㉙	年	
				月	日	
	医療機関の所在地					
	医療機関の名称					
	担当医師氏名	Ⓜ				
	電話 ()		—			