

健
保
処
理
欄

※健保記入欄

記入例

※色づきの部分をご記入ください

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)

①被保険者等 記号・番号	○○○	○○○○○○○	②事業所名	大阪
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)	経理担当事務、システムエンジニア 等			
④発病または 負傷の年月日	○年 ○月 ○日	⑤傷病名	※詳しくご記入ください	
⑥発病または 負傷の原因	※詳しくご記入ください			
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 <u>いいえ</u>	
⑩老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 <u>いいえ</u>	
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 <u>いいえ</u>	
⑫振込希望の銀行	※通常は経費精算口座(CD口座)へのお振込みとなります			
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	〒○○○-○○○ 宝塚市中山台1-1-1	
		氏名	健保 太郎	
クラレ健康保険組合理事長 殿		電話	○○-○○○○-○○○○	
⑭確認欄	<input checked="" 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。			

事業主が証明するところ

※事業主記入欄

療養を担当した医師が意見を書くところ

※医師記入欄