

傷病手当金並びに
傷病手当金付加金請求書(第

回目)

被 保 険 者 の 記 入 欄	被 保 険 者 証		氏 名		職 場 名	
	記号					
	番号		生年月日 昭和 平成 年 月 日 (TEL)			
	傷 病 名				発病または 負傷年月日	平成 年 月 日
	発病または 負傷の原因	(わかる範囲で記入してください)			第三者行為による 負傷ですか？	いいえ はい
					通勤途上による 負傷ですか？	いいえ はい
					労災保険から休業補償 を受けていますか？	いいえ はい 請求中
	休んだ期間 の療養状況	(症状の経過・療養状況等を詳しく記入してください)				
	労務に服することができず 休んだ期間(休日含)		(有給休暇期間及び管理職(実力等級M1/P1/S1/T7以上の社員)の欠勤による給料支給期間も含めて記入してください。)			
			令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)			
年金の受給状況	(受給している又は申請中に該当する場合は、年金証書と直近の年金額を証明する書類(年金振込通知書)写しを添付してください。)					
		受給していない 申請中 受給している				
年金の種別	(受給していない場合はチェック不要です。)					
		障害基礎(厚生)年金 障害手当金 老齢基礎(厚生)年金				
傷病名について	障害基礎(厚生)年金・障害手当金受給の原因 (障害名:)					
振込口座 について	(振込先に公金受取口座を希望する場合は、チェックしてください) 公金受取口座を利用します(マイナポータル等で事前登録した口座)⇒ ※経費口座を希望する場合は、チェックは不要です。 ※公金受取口座情報の反映には、登録から数日を要します。給付日直前の変更や登録に誤りがあった場合は、経費口座に振込みます。					
上記のとおり請求いたします。 また、傷病手当金と以下の給付が重複した場合、傷病手当金を返還することを誓約いたします。 1. 障害厚生年金・障害基礎年金あるいは障害手当金(傷病手当金と関連する傷病の場合) 2. 休業補償給付(労災保険) 3. 第三者行為による相手方からの休業補償費 4. 老齢厚生年金・老齢基礎年金 5. 出産手当金 年 月 日 Y K K健康保険組合理事長 殿 〒 () TEL () 請求者 住所 氏名 ※被保険者死亡時の請求者は相続人であること						

【被保険者の注意事項】

- 傷病手当金は毎月1回の支給になります。まとめて請求せずに1ヵ月ごとに請求してください。
- ご記入いただいた個人情報は、傷病手当金等の支給にのみ利用させていただきます。

【振込みについて】

- 傷病手当金等の支給は毎月18日に締切り、月末日(月末日が休日の場合はその前日)に振込みます。
- 支給額については、健康ポータルサイト(健康の森)の医療費通知をご確認ください。

【お問合せ先】

Y K K健康保険組合：現金給付担当
〒938-8601 富山県黒部市吉田200
TEL：(外線)0765-54-8650 (内線)772-3920
FAX：(外線)0765-57-0326 (内線)772-3929

【提出先】

在籍事業所	締切日	提出先
Y K K株式会社 Y K K A P株式会社 Y K Kビジネスサポート株式会社	10日	〒938-8601 富山県黒部市吉田200 Y K Kビジネスサポート(株) 人事業務グループ(届出担当)
株式会社Y K K A P 沖繩 関係会社	10日	各事業所 (健康保険担当)

任意継続被保険者又は被保険者資格喪失者(退職後の方)

Y
K
K
健
康
保
険
組
合

傷病手当金並びに傷病手当金付加金請求書

医 師 の 意 見 欄	患者氏名			発病又は 負傷日	平成 令和	年	月	日	初診日	平成 令和	年	月	日																				
	傷病名	(労務不能の原因となる傷病名を全て記入してください)																															
	労務不能と 認めた期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	(日間)	左記期間の 診療実日数	日間																				
	上記のうち 入院期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	(日間)	転 帰	☐ 治癒 ☐ 継続 ☐ 中止 ☐ 転医																				
	診療日を ○で囲んで 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
		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
		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
傷病の 主症状及び 経過概要	(労務不能と認めた医学的な所見をできるだけ詳しく記入してください)																																
上記のとおり相違ありません。																																	
住所 年 月 日 医療機関名 医師 氏名 TEL (押印省略可)																																	

【医師へのお願い】
■労務不能と認めた期間が経過した後に証明してください。(未来日の証明はしないでください)
■証明が漏れていると支給できない場合がありますので、全ての項目を証明してください。
■記入箇所を訂正する場合は医師の訂正印を押してください。

事 業 主 の 証 明 欄	(A) 労務に服さなかった期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	(日間)	
	(B) 報酬の 支給状況	☐ 全部 支給した	(A)の期間に1日当たりの報酬の全部(有給休暇含む)を支給した場合、その期間を記入してください。 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 (日間)									
		☐ 一部 支給した	(A)の期間に1日当たりの報酬の一部(半日年休・諸手当等)を支給した場合、その期間と金額を記入してください。 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 (日間) (円支給)									
		☐ 支給なし	(A)の期間に報酬の支給はありません。									
	実力等級	管理職の社員の欠勤時の給料支給				令和 年 月 日分まで支給						
	備考欄											
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 所在地 事業主 事業所 TEL (印)											

【事業主の注意事項】
■(A)は、被保険者の休んだ期間と医師の労務不能と認めた期間が重複している期間を記入してください。
■(B)は、(A)期間中の報酬の支給状況を記入してください。(複数期間ある場合は支給状況が確認できる書類を添付してください)
■第1回目の申請の場合は、勤怠状況が確認できる書類を添付してください。(勤怠計算書可)
■任意継続被保険者又は被保険者資格喪失後の期間は事業主の証明は必要ありません。

受付印