

傷病手当金並びに 傷病手当金付加金請求書(第 回目)

Form with fields for insured name, address, injury details, and payment information. Includes a section for '被保険者の記入欄' (Insured's Input Section) with specific instructions and a list of items to be returned.

【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】

YKK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】

Table with columns: 在籍事業所, 締切日, 提出先. Lists YKK株式会社, YKK AP株式会社, and YKKビジネスサポート株式会社 as submission points.

任意継続被保険者又は被保険者資格喪失者(退職後の方)

YKK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	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 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
	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																					
												医療機関名																					
												医師 氏名																					
												T E L																					
													Ⓜ (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	<input type="checkbox"/> 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。											
		<input type="checkbox"/> 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。											
		<input type="checkbox"/> 支給なし	(A)の期間に報酬の支給はありません。											
	添付書類 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	( 円支給)												
	実力等級	管理職の社員の欠勤時の給料支給					平成 令和						年	月
備考欄	上記のとおり相違ないことを証明します。													
												所在地		
												事業主 事業所		
												T E L		
													Ⓜ	

【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
-----