

傷病手当金・傷病手当金付加金・延長傷病手当金付加金 請求書 (第 回)

日本電気健康保険組合 御中

★第1回目の請求の方は別紙『傷病手当金請求にともなう本人状況報告書(症状等・生活状況)』を添付してください。

被保険者記入欄	被保険者証記号・番号	記号	番号	会社名	TELNET - -		
	氏名	平成 年 月 日		所属	メールNo. -		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日		業務の内容	事務職・営業職・技術職・研究開発・製造ライン・その他()		
	在職中に受領する保険給付金は給与支払い事業主に委任します。			自宅住所	〒 TEL - -		
	傷病名	発病または負傷の原因		1. 交通事故(第三者行為・自損) 2. 第三者行為 3. 労災等 4. その他			
療養のため休業した期間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで (日間)	左記のうち入院した期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで (日間)	老齡年金受給※ あり・なし 障害年金受給※ あり・なし・手続き中		
退職者、退職予定者の方は記入してください。							
金融機関名		口座番号	フリガナ	退職年月日		平成 年 月 日	
銀行		(普通)	名義				
支店							

※老齡年金、障害年金受給の方は、裁定通知書等を添付してください。

医師意見欄	労務不能の傷病名	発病・負傷年月日	昭和・平成 年 月 日				
		初診年月日	昭和・平成 年 月 日				
	傷病の主症状および経過の概要(具体的に詳しく記述してください) (申請期間中の症状および労務不能と認めた理由)	労務不能と認めた期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで (日間)				
		上記のうち入院した期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで (日間)				
	(治療経過の状況)	労務不能期間中の診療日数		日			
	(就労見込み状況)	記載のとおり相違ありません。平成 年 月 日					
転帰	平成 年 月 日 (治療・中止・継続・転院)		所在地		医療機関名		
		医師名		(印)			
お願い： 期間については記載日より以前の分につき証明願います。文字を訂正されたときは訂正印を押印してください。所在地、医療機関名はゴム印を押印してください。							

事業主証明欄	労務に就かなかった期間 (勤務管理表添付)	① 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで (日間)	② 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで (日間)
	給与の支払い	全額・一部 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで (日間)	全額・一部 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで (日間)
	病欠欠動に至った状況のコメント	平成 年 月 日 事業所名	
	療養の継続および出社の確認 平成 年 月 日以降 (継続療養 ・ 出社)	上記のとおり証明します。 委任を受けた保険給付金は 当事業所と貴組合との間で 定められた方法で受領し、 請求者へ支給します。	

健康保険組合記入欄	資格取得日	昭和・平成 年 月 日	資格喪失日	平成 年 月 日	支給決定月額	円	日額	円	第 等級	
	支給開始日	平成 年 月 日	今回の支給 第 回	待期日 / ~ /	支給日 / ~ /	日	累計	日		
	被扶養者の有無		あり・なし			法定		円 ×	日	円
	通院	/ ~ /	日	入院	/ ~ /	日	支 付 加	円 ×	日	円
		/ ~ /	日		/ ~ /	日		円 ×	日	円
		/ ~ /	日		/ ~ /	日		円 ×	日	円
計		日	計		日	計		円		
承認欄	常務理事	事務長	マネージャー	主任	担当	特記事項		受付年月日		