

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	記号	番号	氏名	事業所・職場の名称		職場(TEL)
	傷病名	(わかる範囲で記入してください)			発病または 負傷年月日	平成 年 月 日 時頃
	発病または 負傷の原因				第三者行為による 負傷ですか?	<input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい
					業務上による 負傷ですか?	<input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい
					通勤途上による 負傷ですか?	<input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい
	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)				
	(※1) 労務に服することができず 休んだ期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (日間)				
	(※2) 障害基礎(厚生)年金 障害手当金 老齢基礎(厚生)年金 受給状況について	受給状況	<input type="checkbox"/> 該当(受給している)		<input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 不該当	
		年金の種別	<input type="checkbox"/> 障害基礎(厚生)年金		<input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 老齢基礎(厚生)年金	
		障害基礎(厚生)年金・障害手当金受給の原因	(障害名:)			
(※3) 出産予定はありますか?	<input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある (平成 年 月 日 出産予定日)					
上記のとおり請求いたします。						
平成 年 月 日 請求者 住所						
YKK健康保険組合 理事長 殿						
氏名 印						

【被保険者の注意事項】

- (※1) 有給休暇期間及び実力等級M1/P1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。
- (※2) 障害・老齢年金等に該当する場合は、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。
- (※3) 出産手当金支給に該当する場合は、出産手当金が優先されます。出産予定日を記入してください。
- 傷病手当金・様式(2頁/2頁)に医師の意見欄を記入してもらい、様式(1頁/2頁)とあわせて提出してください。
- 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ヶ月ごとに請求してください。
- 必要事項にご記入がない場合は、傷病手当金請求書をご返却することがありますのであらかじめご了承ください。
- ご記入いただいた個人情報は、傷病手当金等の振込みにのみ利用させていただきます。

事 業 主 の 証 明 欄	(A) 労務に服さなかった期間	平成 年 月 日 ~ 平成 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。			
	実力等級	マネジメント職群・専門専任職群の社員 (欠勤時の給料支給)		平成 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。				
住所						
事業主 事業所						
平成 年 月 日 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)
- 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。

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	昭和 平成	年	月	日	初診	昭和 平成	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)										
	労務不能と認められた期間	平成	年	月	日	～平成	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	平成	年	月	日	～平成	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
	傷病の 主症状及び 経過概要	(労務不能と認められ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 医師 氏 名												
平成 年 月 日 T E L 印												

【医師へのお願い】

- 労務不能と認められた期間は、証明日以前の期間を証明してください。(未来日の証明はしないでください。)
- 訂正箇所があった場合は訂正印を押印してください。

受 付 印

振込みについて

- 傷病手当金等の支給は、毎月末日（支払日が休日の場合はその前日）に経費口座に振込みます。
- 支給額については、当健保組合から通知する「健康保険のお知らせ」をご確認ください。

問合せ先

- 〒938-8601
富山県黒部市吉田200
YKK健康保険組合 : 現金給付担当
TEL : (外線) 0765-54-8650 (内線) 77-3920
FAX : (外線) 0765-57-0326 (内線) 77-3929
ホームページアドレス : <http://www.ykk-kenpo.jp/>

提出ルート

