健康保険　傷病手当金（付加金）請求書

スタンレー電気健康保険組合理事長殿　　第　　回

◎　訂正した場合は、必ず訂正印を押してください。

被保険者（本人）が記入するところ

① 被保険者証の記号・番号	―	② 被保険者名	㊞
③ 被保険者の連絡先	〒　― Tel　（　　）		
④ 勤務している（いた）事業所名			
⑤ 傷病名			
⑥ 発病または負傷の原因 （詳しく）			
⑦ 発病または負傷の年月日	H・R　年　月　日	⑧ 第三者の行為によって負傷したものですか	はい・いいえ
⑨ 療養のために休んだ期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日まで（　日間）		

障害者年金について	⑩　⑤により「障害者年金」または「障害者手当金」を受給していますか	いいえ・請求中・はい	←請求中・はいの場合は、⑪・⑫も記入 【添付書類】 ❶傷病名の分かる書類（障害者手帳等）の写 ＋ 請求中の場合・・・❷「年金見込額照会回答票」の写 はいの場合・・・・・❸当該「年金証書」写・直近の「年金額の分かる書類」写 を添付してください。
	⑪　「障害者年金」または「障害者手当金」の受給原因となった傷病名		
	⑫　「障害厚生（基礎）年金」または「障害手当金」の額	年額　円	
退職後の期間を請求される方	⑬　⑨の期間の報酬（給与等）がありましたか	ない・ある	←ある場合は、⑭も記入
	⑭　報酬（給与等）の支払の基礎となった期間と金額	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで （　円）	
	⑮　老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか	いいえ・請求中・はい	←請求中・はいの場合は⑯に記入し、上記❷・❸を添付してください。
	⑯　老齢又は退職を事由とする公的年金制度名と金額	年金制度名	年額　円

⑰支払金融機関（ゆうちょ銀行除く）	□ 銀行 □ 信用金庫 □ 労働金庫 □ 農協										□ 本店 □ 支店 □ 出張所 □ 営業部	
	預金種別	□ 普通（総合） □ 貯蓄 □ 当座	口座番号								口座名義	（カタカナで記入）

⑨　療養のため休んだ期間（医師が労務不能と認めた期間）を記入してください。

⑩　請求される傷病について障害厚生年金を受給中または請求中の場合は、右記の添付書類を提出してください。
年金額に変更があった場合は、健保へ連絡してください。

⑬　退職後の期間を請求する場合は、**必ず**記入してください。
・退職後、給与等の報酬がある場合は、⑭に記入してください。
・老齢または退職を事由とする公的年金を受給中・請求中の場合は、右記の添付書類を提出してください。

事業主が記入するところ

⑱ 労務に服さなかった期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで （　　日間）	左記の期間の欠勤又は休職中に会社報酬を全額又は一部支給していますか	□ 支給している □ 支給していない
休職年月日	H・R　年　月　日	復職年月日	令和　年　月　日

⑲ 下記の欄は労務に服さなかった期間について、勤怠を記入してください。※全休職中の請求の場合は記入不要です。
↓　（勤怠記入記号 ： 休日／　出勤○　年休△　欠勤－）

月							月							月						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28
29	30	31					29	30	31					29	30	31				

⑳ 労務に服さなかった期間中の報酬関係				
	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日間	円	月　日支払 日額　円
	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日間	円	月　日支払 日額　円
	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日間	円	月　日支払 日額　円

うえのとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日

事業主　所在地
名称
氏名　㊞

療養を担当した医師が意見をかくところ

傷病名			
発病または負傷の原因			
発病または負傷年月日	H・R　年　月　日	療養の給付を開始した年月日	H・R　年　月　日
労務不能と認めた期間	令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで（　　日間）	左の期間中の診療実日数	日間
上の期間中の入院期間	令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで（　　日間）	転帰	年　月　日 治癒・継続・中止・転医
傷病の主症状及び経過概要	(1)労務不能期間中における主たる病状及び経過(詳しく) (2) (1)による病状経過からみて労務不能と認められた医学的所見		

人工透析または人工機器等を装着したときは記入	人工透析を実施または人工臓器の装着した日	令和　年　月　日
	人工臓器等の種類	ア:人工肛門　イ:人工膀胱　ウ:人工関節　エ:人工骨頭　オ:心臓ペースメーカー カ:人工透析　キ:その他（　　）

うえのとおり相違ありません。　令和　年　月　日

医療機関　住所(所在地)〒
名称　Tel　－　－
医師氏名　㊞

◎ 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。