

健康保険組合		
常務理事	事務長	扱者

# 傷病手当金請求書 (第 回目) 被保険者記入用

※被保険者氏名欄は入力できません。自署してください。

初 回 申 請 時 の み 記 入	<p>1、傷病手当金を受給中に他の給付金の受給を開始する場合は、遅滞なく貴組合にその旨報告します。</p> <p>2、万一、傷病手当金と他の給付金等を重複して受給していたときは、速やかに過誤給付した傷病手当金を貴組合に返還します。</p> <p>3、傷病手当金の支給決定を行うにあたり、工機ホールディングス健康保険組合が関係機関に対して、加入期間、傷病手当金等の保険給付記録、各種年金等の受給状況、診療履歴、医師の見解等の照会を行うこと、また関係機関が上記照会の回答することに同意します。(関係機関とは、以前加入されていた健康保険組合、協会けんぽ、市区町村、年金機構、受診中またはされていた医療機関等を指します。)また、照会先が複数の場合、本書の写しも有効と認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>上記事項に同意いたします。 被保険者氏名 _____</p>
---	--

## 被保険者情報および請求内容

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
住所	〒 _____			電話番号	※日中に連絡が取れる番号を記入 ( )
事業所の名称	<input type="checkbox"/> KHD <input type="checkbox"/> MSJ <input type="checkbox"/> 労組	<input type="checkbox"/> SDJ <input type="checkbox"/> 退職者	あなたの 仕事内容 (具体的に)	※退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容	
傷病名			傷病の原因に ついて	※外傷(ケガ)の場合は、ブランクで可。初回申請時に、別途「K0340_負傷原因届」を提出してください。	
療養のために休んだ期間(申請期間) ※第1回目は待機期間も含め記入		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間			

被 保 険 者 記 入 欄	確認事項					
	① 上記の「療養のために休んだ期間」に報酬をうけましたか。 ※報酬には通勤手当食事補助など各種手当を含む	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	1-1 「はい」の場合、 その期間と報酬額	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	円	
	② 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ	→ <input type="checkbox"/> 傷害厚生年金 <input type="checkbox"/> 傷害手当金	2-1 「はい」の場合、 支給開始年月日と額	平成 令和 年 月 日	円
	②-2 上で「はい」「請求中」の場合、支給の要因となった傷病名等について ※「請求中」の方は傷病名、基礎年金番号	傷病名		基礎年金番号	年金コード	
	③ (退職後の期間を請求する場合、記入) 老齢年金または雇用保険の失業給付の受給について	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ	→ <input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 失業給付	3-1 「はい」の場合、 支給開始年月日と額	平成 令和 年 月 日	円
③-2 上で「はい」「請求中」の場合、基礎年金番号等について ※「請求中」の方は基礎年金番号のみ記入	基礎年金番号		年金コード			
④ 労災保険から休業補償給付を受けていますか。(又は、過去に受けたことがありますか。)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ	4-1 「はい」「請求中」の場合、 支給元(請求先)の労働基準監督署		労働基準監督署		
⑤ 介護保険によるサービスを受けたとき	被保険者番号		保険者番号	保険者名称		
振込先口座※	金融機関名称	支店名	預金種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	口座名義人	

※ 給付金は健保より直接お振込み致しますので、振込先口座をご記入下さい。

尚、給与明細には反映されませんのでご了承ください。

受付印