

傷病手当金請求書 (第 1 回目) 被保険者記入用

健康保険組合		
常務理事	事務長	扱者

※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	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。 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 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 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、 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 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。 令和 4 年 4 月 1 日	※初回申請時のみ、自筆にて記入をお願いします。 (2回目以降記入不要。)
	上記事項に同意いたします。 被保険者氏名 健保 太郎	

被保険者情報および請求内容

※自筆にて氏名を記入してください。

被保険者証の 記号・番号	記号 1	番号 12345	被保険者氏名 健保 太郎	生年月日 50 年 5 月 1 日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
住所	〒 123 - 4567 〇〇県××市△△町1丁目2345			電話番号 090 (1111) 2222	※日中に連絡が取れる番号を記入
事業所の名称	<input checked="" type="checkbox"/> KHD <input type="checkbox"/> SDJ <input type="checkbox"/> MSJ <input type="checkbox"/> 退職者 <input type="checkbox"/> 労組	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 総務担当事務	※担当している業務について、具体的に記入してください。	
傷病名	■ ■ がん		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。 不詳	
療養のために休んだ期間(申請期間) ※第1回目は待期間も含め記入	令和 4 年 2 月 15 日 令和 4 年 2 月 28 日 まで 14 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 を受けましたか。 ※報酬には通勤手当食事補助など各種手当を含む	<input checked="" 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 4 年 2 月 15 日 から 令和 4 年 2 月 28 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金	2-1 「はい」の場合、 支給開始年月日と額	平成 年 月 日 令和 年 月 日	支 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 年 月 日 令和 年 月 日	支 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 checked="" 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 〇〇銀行	支店名 △△支店	預金種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 0 1 2 3 4 5 6	口座名義人 健保 太郎	

※ 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