

健保組合が記入する欄

事業主が記入する欄

傷病手当金・傷病手当付加金申請書 / 延長傷病手当付加金申請書

被保険者証の 記号番号枝番	6010 - 1234567 - 01	被保険者の 業務の種類別	営業						
発病又は負傷 の年月日	29年10月20日	傷病名	白血病						
発病又は 負傷原因	<input type="checkbox"/> 通勤中 <input type="checkbox"/> 労務中 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input checked="" type="checkbox"/> その他		労災保険申請 の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無					
	白血病								
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	労務に服することが出来な かった期間	R 1年 5月 1日から	31日間						
		R 1年 5月 31日まで							
上 記 期 間 の 報 酬 の 全 部 又 は 一 部 を 受 け た と き 又 は 受 け る こ と が で き る と き は 、 そ の 報 酬 額 及 び 期 間		R 年 月 日から	日間						
		R 年 月 日まで							
		受けた報酬額		0円					
		受ける事ができる報酬額		0円					
介 護 保 険 サ ー ビ ス 有 無	<input type="checkbox"/> 有	有の 場合	市区町村番号	被保険者番号	保険者名称				
	<input checked="" type="checkbox"/> 無								
障 害 年 金 、 障 害 手 当 金 受 給 有 無	<input type="checkbox"/> 有	有の 場合	種別	障害年金	年金受給の 傷病名	年金額			
	<input checked="" type="checkbox"/> 無								
			年金受給 開始年月日	R 年 月 日	基礎年金番号・年金コード				
公 的 年 金 受 給 有 無	<input type="checkbox"/> 有	有の 場合	老齢(退職)年金の 名称	基礎年金番号及び 年金コード又は記号番号					
	<input checked="" type="checkbox"/> 無			年金受給 開始年月日	R 年 月 日	年金額	円		
☆退職者又は任意継続被保険者のみ(現役社員は記入不要)									
雇 用 保 険 (失 業 給 付) 受 給 の 有 無	<input type="checkbox"/> 受給有り		<input checked="" type="checkbox"/> 受給なし						
※雇用(失業)保険受給中は傷病手当は請求できません。									
振 込 先 選 択	<input type="checkbox"/> 公金受取口座への振込を希望する		<input checked="" type="checkbox"/> その他の振込先を希望する						
	※公金受取口座への振込には事前にマイナンバーを利用した登録が必要となります。 ※その他の振込先を選択された方は下記ご記入ください。(但し被保険者の銀行口座に限る。)								
振 込 先	銀行名	支店	口座種別	口座番号					
	○×銀行	▲▲支店	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	1	2	3	4	5	×

※記号番号の代わりに個人番号を使用されたい場合は、記入する事も可能です。12ケタの個人番号をご記入下さい。

療養を担当した医師が記入する欄

私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。
 _____ 年 _____ 月 _____ 日請求した傷病手当金・傷病手当付加金のうち、
 金 _____ 円也の受領に関する事。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 被保険者氏名 _____ ㊞
 代理人の住所 _____
 代理人の氏名 _____ ㊞

兼松健康保険組合理事長 殿

令和 _____ 1 年 _____ 6 月 _____ 12 日 上記の通り請求します。

被保険者氏名 兼松 太郎

事業主が証明するところ	療養を担当した医師が記入する欄									
委任状	私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。 _____ 年 _____ 月 _____ 日請求した傷病手当金・傷病手当付加金のうち、 金 _____ 円也の受領に関する事。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 被保険者氏名 _____ ㊞ 代理人の住所 _____ 代理人の氏名 _____ ㊞									
振込先	銀行名	支店	口座種別	口座番号						
			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座							
	口座名義人名(カナ)									