

傷病手当金
延長傷病手当付加金 請求書
(第 回)

住友化学健康保険組合...御中

下記のとおり請求します。

年 月 日

(請求者氏名)

被 保 険 者 の 記 入 欄	事業所名						
	被保険者の 記号番号	—	所 属		電話番号		
	住所						
	傷病名				発病又は負傷 の年月日	年 月 日	
	発病又は 負傷原因						
	労務に服しなかった期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	第三者の行為に よるものですか		はい・いいえ		
	労働災害・通勤災害 の認定有無	有・無・請求中		(請求中の場合) 労働基準監督署			
	年金受給の有 無	有・無・請求中		(有・請求中の場合、該当するものに○印をつけてください) 老齢厚生年金・障害厚生年金・障害手当金			
	給付金 受取方法	代理人委任 (賃金受領)	委任状 私は事業主を代理人と定め、本請求に基づく給付金に関する受領を委任します。 年 月 日 (請求者氏名)				
	銀行振込 (退職者及び 任継者のみ)	(フリガナ) 銀行 店の 私名義 普通預金口座 No. へお振込みください。					

医 師 等 の 証 明 欄	傷病名			発病年月日	年 月 日		
				発病原因			
	労務不能と 認めた期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	入院 日数	自 年 月 日 至 年 月 日 日間			
	傷病主症状及び経過 概要並びに支給決定 上の参考事項			実診療 日数		転 帰	死 転 繰 治 亡 医 越 ゆ
	上記のとおり証明します。 (医師の住所氏名)		年 月 日				

事 業 主 の 証 明 欄	労役に服さな かった期間に 関する事業主 の証明	労役に服さなかった期間			事業主 の住所 氏名印	
		自 年 月 日 至 年 月 日 日間				
		報酬の全部又は一部を支給した期間又は支給すべき期間				
		自 年 月 日 至 年 月 日 日間				

注意事項 1. この請求書は毎月3日までに健康保険組合に提出してください。
2. 何月分もまとめないで1ヶ月ごとに請求してください。

傷病手当金請求書・延長傷病手当付加金請求書の記入にあたって

被保険者の記入欄については、すべて記入してください。

項目名	記入要領	記入例
表題	傷病手当金、延長傷病手当付加金のいずれかに○を記入	
事業所名	在籍の事業所名を記入	愛媛工場
被保険者の記号番号	マイナポータル、資格情報のお知らせ、資格確認書、健康保険証のいずれかを参考に記入	10-987654
所属	在籍の所属名を記入	第三製造課
電話番号	職場の電話番号を記入	0897-37-1717
住所	現住所を記入	愛媛県西条市西条1-1-1
傷病名	傷病名を記入、「医師等の証明欄」の「傷病名」と同一内容を記入	流行性角膜炎
発病又は負傷の年月日	発病（負傷）の年月日を記入、「医師等の証明欄」の「発病年月日」と同一内容を記入	
発病又は負傷原因	発病の原因を記入、「医師等の証明欄」の「発病原因」と同一内容を記入	
労役に服しなかった期間	会社を休んだ期間で、「医師等の証明欄」の「労務不能と認めた期間」と同一期間を記入	
第三者の行為によるものですか	はい・いいえのどちらかに○を記入	
労働災害・通勤災害の認定有無	有・無・請求中のいずれかに○を記入 請求中の場合は労働基準監督署名を記入	
年金受給の有無	有・無・請求中のいずれかに○を記入 有・請求中の場合は該当するものに○を記入	
給付金受取方法	「代理人委任」欄に日付（記入日）、請求者氏名（本人）を記入	

医師等の証明欄については、主治医（かかりつけ）の証明を受領してください。

老齢厚生年金、障害厚生年金、障害手当金を受給中の場合は次に掲げる書類を添付してください。

- ・老齢厚生年金（老齢基礎年金）、障害厚生年金（障害基礎年金）証書の写し
- ・直近の老齢厚生年金（老齢基礎年金）、障害厚生年金（障害基礎年金）の額を証明する書類など（障害手当金の場合は、その支給を証明する書類）



すべての記入が終わりましたら、右上の日付（記入日）、請求者氏名を記入のうえ、健康保険組合宛にご提出ください。