

(任意継続)
傷病手当金及び同付加金請求書(第 回)

健保受付

得		年	月	日
喪	平成	年	月	日

本人 (被保険者) 記入	疾病・負傷のため勤務を休んだ期間 (週社休・年次有給休暇を含む)	平成 年 月 日 平成 年 月 日	日間	健保組合 記入欄	(支給決裁日)	旭化成健康保険組合									
	上記のとおり申請します。 平成 年 月 日				支給開始年月日	標準報酬月額(円)				標準報酬日額(円)					
	現住所 〒				平成 年 月 日										
	連絡先 ()				支給期間	平成 年 月 日より 平成 年 月 日まで				待機期間 日					
	振込銀行 (退職者のみ)				支給日数		金 額								
	銀行 支店 口座番号 普・当				傷病手当金 (標準報酬日額の3分の2)										
	老齢厚生年金 受給者番号 受給金額 円/年				傷病手当付加金 (標準報酬日額の12%)										
	被保険者 氏名 番号 朱肉使用				事業主からの報酬 (控除)										
	※障害年金・老齢年金との併給はありません。傷病手当金が上回った場合に上回った分のみの給付となります。				支 給 決 定 額										
	※障害年金、老齢年金受給の有無				有・無	注：有無の記入がないと支給を保留します。									
事業主の証明	労務につかなかった期間 (週社休・年次有給休暇を含む)	平成 年 月 日 平成 年 月 日	日間	左記のとおり証明します。 平成 年 月 日											
	出勤日		週社休日												
	有休日				事業主 (印)										
	*対象期間の出勤証の写しを必ず添付してください。														
療養担当の 医師意見	傷 病 名		病 状 経 過						結核性の該否		転 帰 別				
									結 核 性 否		治 癒 死 亡 中 止				
	発病・負傷年月日		労務不能と認め た期間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		日間		左記のとおり相違ありません 平成 年 月 日						
	初診年月日		上記期間中入院が あれば 入院期間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで				医 師 所在地 病院名 氏 名 (印)						
	年 月 日														
今回請求期間中の実診療日数 (必ず記入)						日									

[書類の流れ] 本人 → 医師 → 本人 → 旭化成健康保険組合

上記 医師の意見書作成は、傷病手当金意見書交付料として保険適用です
本人負担：300円 健保負担：700円