

旭化成健康保険組合									

傷病手当金及び同付加金請求書

※療養担当の医師意見欄と事業主の証明欄を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。
 本人記入欄について訂正する場合は、訂正印、サインは不要です。

本人 (被保 険者) 記入	被保険者証の記号・番号(記号はどちらかを○)		本人(被保険者氏名)		生年月日		連絡先(TEL)	
	20 ・ 21				昭和・平成 年 月 日			
	所 属		今回、疾病・負傷のため休んだ期間 (週社休・年次有給休暇を含む)		令和 年 月 日		日間	
	上記期間を申請いたします。				令和 年 月 日			
	現住所(退職者のみ)							
	振込銀行(退職者のみ)		銀行		支店(普・当) 口座番号()			
	傷病の原因は、第三者行為(交通事故、喧嘩等)や労災ですか?				はい ・ いいえ			
	障害年金(厚生・基礎)、障害手当金又は老齢年金(厚生・基礎)を受給していますか? ※「はい」の場合は、年金証書(写し)または年金決定(改定)通知書(写し)を添付して ください。		障害年金		はい ・ いいえ ・ 申請中		※「はい」の場合の病名()	
			老齢年金		はい ・ いいえ ・ 申請中			
	・私は、貴組合が傷病手当金の給付について、関係機関に照会することに同意します。照会行為について、貴組合に対し、一切の異議または 申し立てをしません。また、関係機関が上記照会について、回答することにも同意します。 ・請求期間中の出勤日、有給休暇取得日、有給休暇や出勤日に挟まれた週社休については、傷病手当金が支給されないことを承知しています。 ※ 関係機関とは、貴殿により通知を受けた当健保加入前の保険者・団体・会社他、受診中または受診されていた医療機関を指します。 令和 年 月 日 氏名 : _____							
療養 担当 の 医師 意見	傷 病 名				傷病の主症状及び経過概要			
	転 帰 別				治 ゆ 繰 越 中 止			
	疾病・負傷年月日		年 月 日		労務不能と認められた期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間	
	初 診 年 月 日		年 月 日		日数が「0」の場合は理由及び直近の受診日を記入 理由:		直近の受診日 令和 年 月 日	
	今回請求期間中の実診療日数 注:無記入の場合支給を保留します。		日		上記のとおり相違ありません。		令和 年 月 日	
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) *対象期間の出勤証(最終承認済)の写しを必ず添付してください。		令和 年 月 日		令和 年 月 日		日間	
	上記のとおり証明します。				令和 年 月 日			
	事業主							

※障害(厚生・基礎)年金、障害手当金または老齢(厚生・基礎)年金の受給期間と傷病手当金の受給期間が重複している場合、傷病手当金は差額分の支給になります。(過去に遡って年金を受給された場合、同時期受給した傷病手当金の過払い分を徴収させていただきます)

※ 傷病手当金支給満了以降の傷病見舞金や休業療養費申請に、この請求書は使用できませんのでご注意ください。

[書類の流れ] 本人→医師→本人

旭化成社員 → 人事給与サポート室(延岡) → 旭化成健康保険組合(延岡)
 関係会社社員 → 関係会社総務労務窓口 → 旭化成健康保険組合(延岡)

* 上記、医師の意見書作成は、傷病手当
意見書交付料として保険適用です。