

傷病手当金(付加金)請求書  
 延長傷病手当金付加金請求書

常務理事	事務長	担当者

【被保険者へお願い】

- ・消えないボールペンで丁寧に記入ください。
- ・訂正する場合は、二重線で抹消し正しい内容をご記入ください。
- ・傷病手当金は生活保障を目的としているため、1ヵ月毎に請求してください。

1/2 枚目

被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号	-		電話番号 日中の連絡先			
	フリガナ			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		
	被保険者氏名			資格取得日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
	資格取得日			資格喪失日	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
	会社・事業所名			被保険者 業務種別	<input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 開発 <input type="checkbox"/> 設計 <input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> その他( )		
	傷病名			発病又は負傷 の年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
	申請期間 療養のために休んだ期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		日間			
	発病又は負傷時の状況を詳しく 記入してください						
	申請期間中の病状、療養の状況を 詳しく記入してください						
	医師から受けた治療や、療養に 関する指示の内容						
	第三者行為(交通事故や暴力行為)によるものですか(該当する回答に☑)						
	<input type="checkbox"/> はい → 添付書類「第三者行為による傷病届」 <input type="checkbox"/> いいえ						
	労災(業務上又は通勤途上の負傷)によるものですか(該当する回答に☑)						
	<input type="checkbox"/> はい → 添付書類「休業(補償)給付支給決定通知書」の写し <input type="checkbox"/> 労災申請中 <input type="checkbox"/> いいえ						
	障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか(該当する回答に☑)						
<input type="checkbox"/> はい → 添付書類「年金証書、直近の年金額改定通知書」の写し <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> いいえ							
[はい・申請中]の場合 → 傷病名:							
照会に関する同意		<input type="checkbox"/> 私は、傷病手当金の支給決定を行うにあたり、古河電工健康保険組合が、医療機関等に対して照会を行い、回答・提供を受けること、また、医療機関等が、古河電工健康保険組合の照会に対して回答することに同意します。尚、本紙の写しも有効と認めます。					
在職中の給付金支払い に関する同意		<input type="checkbox"/> 在職中、給付金は事業主経由で受領することに同意します。					
退職後に請求する場合に記入(任意継続者:記号9990は記入不要)							
金融機関コード	銀行 信用金庫 信用組合	店舗コード	支店 本店 出張所	種目 普通預金	口座番号	フリガナ 口座名義人	
添付書類	ゆうちょ銀行を指定した場合は通帳のコピー(店名、店番、預金種目、口座番号が書いてあるページ) ※ゆうちょ銀行の場合は、ゆうちょ銀行と店名(支店名)及び振込専用の新しい口座番号(7桁)を記入						

健 保 記 入 欄	給付種別	<input type="checkbox"/> 傷手 <input type="checkbox"/> 延長	支給回数	回	支給日	令和 年 月 日
	支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		日間		
	待期3日	年 月 日 ~ 年 月 日	日額	円	法日	円
	給付期間	年 月 日 ~ 年 月 日	円	付日	円	円
	法定給付					合計給付額
付加給付					円	円

【医療機関へお願い】

- ・治療期間ではなく、療養のため就労できなかったと認められる期間をご記入ください。
- ・労務不能と認められた期間は、主治医の証明日以前の期間をご記入ください。
- ・楷書で丁寧に記入ください。訂正した場合は、訂正印を押してください。

医 師 の 証 明 欄	患者氏名			2/2 枚目			
	傷病名			初診日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
	発病又は負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	発病又は負傷の原因				
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日 ~	令和 年 月 日	診療実日数 日			
	上記の内入院期間	令和 年 月 日 ~	令和 年 月 日	退院日 年 月 日			
	就労可能見込み	令和 年 月 日頃	/ <input type="checkbox"/> 現時点では不明		手術日 年 月 日		
	労務不能と認められた期間の主たる症状及び経過	治療内容・検査結果・療養指導等(詳しく)					
					投薬の有無 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		症状の経過からみて、従来の職種について労務不能と認められた医学的所見					
	人工透析実施又は人工臓器を装着したとき	上記のとおり相違ないことを証明します。					
人工透析の実施又は人工臓器を装着した日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	令和 年 月 日						
人工臓器等の種類 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他( )	所在地 医療機関名 医師名 電話番号 ( )  医療機関の名称・所在地はゴム印を使用してください。						

事 業 主 の 証 明 欄	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 ~	令和 年 月 日 ( 日間)	
	給与計算締日	日	給与の支給形態 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> その他( )	
	給与支給日	<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月 日	復職状況 <input type="checkbox"/> 未復職 <input type="checkbox"/> 復職 令和 年 月 日	
	上記期間中に給与を支給しましたか(待期3日は除く)	<input type="checkbox"/> はい→支給内容を下欄に記入してください <input type="checkbox"/> いいえ		出勤 日 有給 日
	支給内容	支給対象期間(待期期間3日分は記入不要)		月数・日数 支給額
		令和 年 月 日 ~	令和 年 月 日	カ月 日間 円
		令和 年 月 日 ~	令和 年 月 日	カ月 日間 円
		令和 年 月 日 ~	令和 年 月 日	カ月 日間 円
	通勤手当 払戻未精算の場合記入	令和 年 月 日 ~	令和 年 月 日	カ月 日間 円
	不就業手当等の支給額がある場合、計算式等を記入してください。			
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日		所在地 名称 代表者氏名	問合せ担当者	
		【事業主へお願い】 ・訂正は二重線で抹消し正しい内容と、証明者氏名(サイン)を記入してください。 ・初回、最終回の申請書には、「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。 ・2回目以降でも、賃金の一部が支給される場合は添付してください。		
住所、事業所名、事業主名/代理人名 はゴム印を使用してください。		←担当者データ印または朱印		