

退職後継続受給用

任意継続  任意継続以外

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	
	退職前の 会社・事業所名			退職前の 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	令和	年 月 日 ~	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:					
	老齢厚生(基礎)年金を受給していますか(60歳以上の方は該当する回答に☑)	<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				
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。					
振込口座 ※任意継続は記入不要						
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)初回のみ添付 ※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	
	給付期間	年	月	日	~	年	月	日	日額	法日	円	
	任継期間	年	月	日	~	年	月	日	日額	付日	円	
	法定給付										合計給付額	円
	付加給付										円	円

被 保 険 者 記 入 欄	退職後の健康保険 (任意継続以外)	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 家族の扶養 <input type="checkbox"/> 再就職先の健康保険 <input type="checkbox"/> その他の社会保険 添付書類 ① 現在加入している健康保険証の写し ② 今回の申請期間の診療について、医療機関又は薬局で発行された診療明細書 又は 医療費明細書 の写し、調剤明細書の写し ③ 領収書の写し
	雇用保険 失業給付の状況	<input type="checkbox"/> 給付の申請はしていない <input type="checkbox"/> 受給期間延長の申請をした(令和 年 月 日から延長継続中) → 初回のみ「延長通知書」写しを添付してください <input type="checkbox"/> 受給手続き中である(令和 年 月 日から受給予定) <input type="checkbox"/> 現在既に就職済である(令和 年 月 日から就労中) <input type="checkbox"/> その他( )
	医者のかかり方	<input type="checkbox"/> 医師の指示した日に受診 <input type="checkbox"/> 薬がなくなったら受診 <input type="checkbox"/> 自分の判断で受診
	次の受診予定日	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未定
	薬の処方の有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 処方がある場合のみ、下記↓回答してください。
	医師からの指示	<input type="checkbox"/> 決められた通りに服用するよう指示 <input type="checkbox"/> 調子の悪い時だけ飲むよう指示
	実際の服用	<input type="checkbox"/> 決められた通りに服用している <input type="checkbox"/> 自分の判断で服用している <input type="checkbox"/> 全く服用していない
	日中の過ごし方 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 1日( )時間ほど横になっている <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 1日中横になっている <input type="checkbox"/> 散歩する 1日( )回、( )分程度 ( )

## 【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			
	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 ( ) ⑤ 医療機関の名称・所在地はゴム印を使用してください。			