

傷病手当金 請求書 (第 〇〇 回)

健康保険 延長傷病手当金付加金

*被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合、備考欄にマイナンバーを記載してください。
(その場合、マイナンバー確認書類の添付必要、被保険者証の記号番号は記載不要)

☆被保険者証の記号番号を選択した場合は、今までと同様の手続きで可能となります。
(注)個人番号および本人の確認をするための添付書類は不要です。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号番号		記号 ×××	番号 ×××××	フリガナ ケンポ タロウ	被保険者氏名 健保 太郎			
	事業所名 (所属部署) 日本たばこ産業(株) 〇〇〇支店△△△営業部						業務上・通勤途中によるものですか	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい	
	傷病名 左足アキレス腱断裂								
	発病時の状況を詳しく 趣味の野球をしていたとき、転倒してしまい、左足アキレス腱を損傷した。						第三者の行為によるものですか	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい	
	介護保険法のサービスを受けたとき		保険者番号	被保険者番号		保険者名称			
	※療養のため休んだ期間(申請期間) 平成・令和 ××年 4月 15日 から平成・令和 ××年 4月 30日 16 日間								
	①「※」期間の報酬を受けましたか								
			<input type="radio"/> 受けた		<input checked="" type="radio"/> 受けない		<input type="radio"/> 受けられる <input type="radio"/> 受けられない		
	「①」で『受けた』の場合、その報酬額とその報酬支払の基礎となった期間			平成・令和 年 月 日 から平成・令和 年 月 日まで					円
	労災保険から休業補償給付を受けている期間の傷病手当金等の請求ですか		<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 請求中			『はい』および『請求中』の場合、労働基準監督署名			
	年金を受給していますか		<input type="radio"/> はい (年金) <input type="radio"/> 請求中 (年金) <input checked="" type="radio"/> いいえ						
	障害年金または障害手当金を受けているとき	障害厚生年金または障害手当金の受給原因となった傷病名	年金の種類	支給金額(年額)	年金開始日	年金証書の照会番号			
障害基礎年金		円		平成・令和 年 月 日					
障害手当金		円		平成・令和 年 月 日					
老齢または退職年金を受けるとき	老齢厚生年金	円		平成・令和 年 月 日					
	老齢基礎年金	円		平成・令和 年 月 日					
	退職共済年金等	円		平成・令和 年 月 日					
個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する方		<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (※委任する方は口にし点を付けてください。)							
在職の方はこちらに記入してください		本請求に基づく給付金の受領を事業主(代理人)に委任します。 令和 ××年 ×月 ×日 被保険者氏名 健保 太郎							
退職された(退職予定)の方はこちらに記入してください		銀行 支店 口座番号 金庫 出張所 出張所 出張所 普通・当座 信用組合 支所 口座名義(カタカナ)							
		*被保険者名義以外の口座に振込を希望する場合、本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 代理人の住所 電話番号 () 氏名							
上記のとおり申請します。 また、ジェイティ健康組合が必要により関係機関(医療機関等)に対し、内容照会等を行うことに同意します。									
ジェイティ健康保険組合 理事長 殿			被保険者(請求者) 住所 令和 ××年 ×月 ×日 〇〇市〇〇区△△町2-1 電話番号 ×××(×××)0000 氏名 健保 太郎						

該当する年金を受けている(受ける)方は、必ず必要項目欄にご記入下さい。

※個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する方は、口にし点にご記入下さい。

在職者の方は、給付金を事業主経由で支払いますので、受取代理人の欄にご記入下さい。

退職後(退職予定)の方は、給付金の振込先金融機関をご記入下さい。
なお、被保険者名義以外の口座に振込を希望する場合には、委任欄のご記入が必要となります。

備考欄

※被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する方は、個人番号(12ケタ)をご記入下さい。
↓
(注)個人番号および本人の確認をするための添付書類が必要です。

支払日付印
健保受付日付印