

傷病手当金付加金請求書・延長傷病手当付加金請求書の記入について

【申請者の記入】

傷病手当金・傷病手当付加金請求書 (第 回 目)



被 保 者	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	事業所	名称				
	被保険者の 業務の種別				所属	TEL 内線			
保 険 者	資格を取得 した年月日	昭和 平成	年	月	日	標準報酬 月 額	円	標準報酬 日 額	円
	発病又は負傷 の年月日	昭和 平成	年	月	日	傷 病 名			
者	発 病 又 は 負 傷 の 原 因						第三者行為によるものですか		
			いいえ ・ はい						
が	労務に服することができなかった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間							
	上記期間中において の有給休暇期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間							
記 入 す る こ ろ	障害年金、障害手当 金、老齢年金を受け ているとき又は受け ることができるとき	年 金 の 種 別	障害年金・障害手当金・老齢年金	年金額	円	年金の支給事由 となった傷病名			
			年金を受けること となった年月日	平成 昭和	年	月	日	年金を受けている場合 は年金証書の記号番号	
銀行 支店 (普通口座No.)									
上記の通り請求いたします。 平成 年 月 日									
被保険者 〒 住 所 _____ T E L _____ フリガナ 氏 名 _____ (印) 生年月日 昭和 年 月 日 (才) 平成									
沖電気工業健康保険組合理事長 殿									

被保険者の業務の種別 例) 営業、経理、設計、検査 等 必ず記入すること

資格を取得した年月日 被保険者証記載

標準報酬月額・日額 月額…給与明細を参照

日額…社会保険のしおり、健保HPの保険料額一覧表 等を参照

発病又は負傷の年月日 医師の証明した発病又は負傷の年月日

傷病名 医師の証明した傷病名

発病又は負傷の原因 業務外であること

第三者行為によるものですか

「はい」の場合、速やかに「第三者の行為による傷病届」を健保へ提出すること。

年金(障害・老齢)を受給している場合 記入の上、「裁定通知書」(写し)を提出すること。

給付金振込先 申請者名義 郵便局以外の金融機関

労務に服することができなかった期間は、医師の意見欄の労務不能と認めた期間と同一の年月日を記入してください。

傷病手当金付加金請求書・延長傷病手当付加金請求書の記入について

【医師の意見の記入例】

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を 書 く と こ ろ	患者氏名																																
	傷病名	(1)	療養の給付開始年月日(初診日)														(1)	平成	年	月	日												
		(2)															(2)	平成	年	月	日												
	発病または負傷の年月日	平成	年	月	日	発病															発病または												
	労務不能と認められた期間	平成	年	月	日	日間															負傷の原因												
	診療実日数	日														入院の場合はその期間	平成	年	月	日	日間	入院											
	さいで 診療日 を 下	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	労務不能と認められた期間中における「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） 症状経過からみて従来職種について労務不能と認められた医学的所見																																
上記のとおり相違ありません。														医療機関所在地																			
平成 年 月 日														医療機関の名称																			
														医師の氏名																			
														電話番号	()																		

患者氏名を記入してください。

「傷病名」、「療養の給付開始年月日(初診日)」欄は、2傷病まで記入できます。

労務不能と認められた期間は、被保険者の欠勤期間ではなく、就労困難と判断される期間を記入しますが、傷病手当金付加金・延長傷病手当付加金は本来休業中の給与補償として健保より支給しますので、申請する日数については、基本を1ヶ月とし、2ヶ月を限度として申請してください。

なお、**労務不能と認められた期間の最終日は診療日の最終日と合わせてください。ただし、期間満了や復職したときは最終診療日に合わせる必要はありません。**

診療実日数は、労務不能と認められた期間内に診療された日数を記入してください。

労務不能と認められた期間中の診療日の数字に○を付けますが、労務不能と認められた期間より後で診療日があった場合にも書ける範囲で○を付けてください。

労務不能と認められた期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等は詳しく記入してください。

症状経過からみて従来職種について労務不能と認められた医学的所見についても詳しい経過観察状況を記入してください。

『発病または負傷の年月日』、『発病または負傷の原因』、『入院の場合はその期間』、『医療機関の証明年月日、所在地・名称、医師の氏名、電話番号』を記入後、押印をお願いいたします。

すべて重要な項目ですので、未記入箇所はないようお願いいたします。