# 傷病手当(付加)金
# 延長傷病手当付加金　請求書

**「健保マイポータル」の登録が必要です。請求前に登録状況をご確認ください。**

被保険者記入欄　※すべての項目についてご記入ください

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ①被保険者等 記号・番号 | 記号 | 番号 | ②被保険者の氏名 | | |
| ③被保険者の生年月日 | □昭和 □平成　年　月　日 | | ⑤ご連絡先 携帯・Mail ご自宅電話番号 | | |
| ④被保険者の現住所 | 〒　- | | | | |
| ⑥被保険者の資格を取得した年月日 | □平成 □令和　年　月　日 | | ⑦被保険者の業務の種別 | | |
| ⑧発病又は負傷の初診日 | □平成 □令和　年　月　日 | | ⑨傷病名 | | |
| ⑩発病又は負傷の原因 | | | ⇒⑩は他人の行為によるものですか<br>「はい」の場合は傷病手当金請求書提出前に日本ヒューレット・パッカード健康保険組合へ連絡してください。 | □は い<br>□いいえ | |
| ⑪疾病又は負傷の療養をするために休んだ期間 | 令和　年　月　日から<br>令和　年　月　日まで | | 日間 | | |
| ⑫ ⑪の期間の分として報酬支払を受けたとき又は受けられるときは、その報酬額とその報酬額の支払い基礎となった期間 | 令和　年　月　日から<br>令和　年　月　日まで | | の分として　円 | | |
| ⑬労災の状況 | Ⓐ今回の申請は労災保険から休業補償を受けている期間のものですか。 | □はい<br>□労災請求中<br>□いいえ | Ⓑ「はい」または「労災請求中」と回答した場合、請求先の労働基準監督署をご記入ください。 | 労働基準監督署 | |
| ⑭障害年金・障害手当金などの状況 | Ⓐ受給・請求状況 | □受給していない　□請求中　□受給している | | | |
| | Ⓑ年金の種別 | □障害厚生年金<br>□障害基礎年金<br>□障害手当金 | Ⓒ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 □令和　年　月　日 | Ⓕ年金額 | ※(年金証書および直近支払の写しを添付してください)<br>円 | |
| | Ⓔ年金を受けている場合は年金証書の記号・番号 | | | | |
| ⑮老齢または退職を事由とする公的年金の状況<br>(資格喪失者・任意継続被保険者の記入欄) | Ⓐ受給・請求状況 | □受給していない　□請求中　□受給している | | | |
| | Ⓑ老齢(退職)年金の名称 | Ⓒ基礎年金番号・年金コード | Ⓓ受給年月日 | Ⓔ年金額 | |
| | | | 令和　年　月　日 | 円 | |
| | | | 令和　年　月　日 | 円 | |
| | | | 令和　年　月　日 | 円 | |
| ⑯振込先 被保険者名義の口座を指定 | 銀行名 | 金融コード | 口座番号 | | |
| | 支店名 | 支店コード | 預金種別 | 普通 | 口座名義 | フリガナ |

⑰ 令和　年　月　日　提出
受付日付印

※⑭⑮について受給中の場合は年金証書及び直近支払の写しを添付してください。

日本ヒューレット・パッカード健康保険組合

**事業主が記入するところ**

| | |
|---|---|
| ⑱労務に服さなかった期間 | 令和　年　月　日から<br>令和　年　月　日まで　日間 |
| ⑲上記期間中の分として支払う報酬関係 | ⑳ 令和　年　月　日から<br>令和　年　月　日まで　休暇<br>㉑ 令和　年　月　日まで　欠勤<br>令和　年　月　日休職発令 |

就労状況（出勤・・・○　有給・・・△　公休・・・×　欠勤・・・/　早退・・・◎　）

| 年　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 | 計 | 報酬があったとみなす日数 | 報酬がなかった日数 |
|---|---|---|---|---|
| 年　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 | | | |
| 年　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 | | 日 | 日 |

㉒　うえのとおり相違ない事を証明します。

令和　年　月　日

住　所

事業所名

氏　名

**療養を担当した医師が意見を書くところ**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ㉓患者氏名 | | | |
| ㉔傷 病 名 | | | |
| ㉕発病または負傷の原因 | | | |
| ㉖ 発病または負傷の年月日 | □平成<br>□令和　年　月　日 | ㉗療養の給付を開始した年月 | □平成<br>□令和　年　月　日 |
| ㉘労務不能と認めた期間 | 令和　年　月　日から<br>令和　年　月　日まで　日間 | ㉙左の期間中の診療実日数 | 日間 |
| ㉚傷病の主状態および経過、概要 | ※症状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な所見 | | |
| ㉛上の㉘の期間中に入院した期間がある場合はその期間 | 令和　年　月　日から<br>令和　年　月　日まで　日間 | ㉜入院の費用の別 | 健保 ・ 自費 ・ 公費 ・ その他（　　） |
| | | ㉝転帰 | 治癒 ・ 中止 ・ 繰越 ・ 転医 |

㉞うえのとおり相違ありません。

令和　年　月　日

医療施設　名 称

所在地

医　師　氏 名

※審査の為、事業主及び担当医等に連絡をとらせて頂く場合があります。