

# 傷病手当(付加)金 請求書

## 延長傷病手当付加金

被 保 険 者 記 入 欄  ※ す べ て の 項 目 に つ い て ご 記 入 く だ さ い  日 本 ヒ ュ ー レ ッ ト ・ パ ッ カ ー ド 健 康 保 険 組 合	①被保険者証の 記号・番号	記号	○	番号	○○○○	②被保険者の 氏名	健保 康夫				
	③被保険者の 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ○○ 年 ○ 月 ○○ 日 <input type="checkbox"/> 平成				⑤ご連絡先 携帯・Mail ご自宅電話番号	03-1234 -○○○○ yasuo.kenpo@xxx.com				
	④被保険者の 現住所	〒○○○-○○○○ 東京都○○区○○町1-2-3									
	⑥被保険者の資格 を取得した年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 <input type="checkbox"/> 令和				⑦被保険者の 業務の種別	営業				
	⑧発病又は 負傷の初診日	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 <input type="checkbox"/> 令和				⑨傷病名	右足首骨折				
	⑩発病又は負傷の 原因	自宅の階段で転倒				⇒⑩は他人の行為によるものですか 「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。		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ			
	⑪疾病又は負傷の 療養をするために 休んだ期間	医師が労務不能と認めた期間 (2/2の⑫欄)と同じ期間を ご記入ください 令和 ○ 年 5 月 31 日まで				健保連絡先: JPN_KENPO@hpe.com		31 日			
	⑫⑪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	不明な場合は空欄で提出ください				の分として		円			
	⑬労災の状況	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 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	A 受給・請求状況		<input checked="" type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 受給している							
⑮年金の種別		<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金		⑯年金の支給事由 となった傷病名							
⑰年金を受けること となった年月日		受給をしている場合は、⑮～⑰をご記入ください				(年金証書および直近支払の 写しを添付してください)					
⑮年齢または 退職を事由と する公的年金 の状況  (資格喪失者 ・任意継続被 保険者の記入 欄)	A 受給・請求状況		<input checked="" type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 受給している								
	⑱年齢(退職)年金の名称	⑲基礎年金番号・年金コード		⑳受給年月日		㉑年金額					
	受給をしている場合は、⑱～㉑をご記入ください				円						
⑯振込先 被保険者名義 の口座を指定	銀行名	○○銀行		金融 コード	○○○○		口座番号		○○○○○○○○○○		
	支店名	○○支店		支店 コード	○○○		預金種別	<input type="checkbox"/> 当座 <input checked="" type="checkbox"/> 普通	口座名義		株式会社 ケンポ ヤスオ 健保 康夫
⑰ 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 提出											

※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。

受付日付印

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	日間	
	⑲ 上記期間中	記入不要		
	就労状況(出勤・・・)			
	年 月   1 2 3			
	年 月   1 2 3			
	年 月   1 2 3			
	⑳ うえのとおり相違	休暇	234 -○○	
	住 所	計	報酬があつたとみなす日数	報酬がなかつた日数
	事業所名	日	日	日
	氏 名	日		

療養を担当した医師が意見を書くところ	㉓ 患者氏名	かかりつけの医師に記入を依頼してください		
	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			月 日
	㉗ 労務不能と認められた期間			日間
	㉘ 傷病の主症状および経過、概要			
	㉙ 上の㉗の期間中に入院した期間がある場合はその期間			・ その他( )
	⑳			・ 繰越 ・ 転医
	医療施設 名			日
	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。