

旭化成健康保険組合									

傷病手当金及び同付加金請求書

※修正の際は必ず訂正印を押してください

※捺印(2ヶ所)を忘れずに

本人 (被 保 険 者) ・ 記 入	被保険者証の記号・番号(記号はどちらかを○)	本人(被保険者氏名)	朱肉使用	生年月日		連絡先(TEL)	
	20 ・ 21		印	昭和・平成 年 月 日		()	
	所 属		今回、疾病・負傷のため休んだ期間 (週社休・年次有給休暇を含む)	平成・令和	年 月 日	平成・令和	年 月 日 日間
	上記期間を申請いたします。		令和 年 月 日				
現住所(退職者のみ)							
振込銀行(退職者のみ)							
銀行 支店(普・当) 口座番号()							
傷病の原因は、第三者行為(交通事故、喧嘩等)や労災ですか?				はい ・ いいえ			
障害年金(厚生・基礎)、障害手当金又は老齢年金(厚生・基礎)を受給していますか? ※「はい」の場合は、年金証書(写し)または年金決定(改定)通知書(写し)を添付してください				障害年金	はい ・ いいえ ・ 申請中		
				老齢年金	はい ・ いいえ ・ 申請中		
<p>・私は、貴組合が傷病手当金の給付について、関係機関に照会することに同意します。照会行為について、貴組合に対し、一切の異議または申し立てをしません。また、関係機関が上記照会について、回答することにも同意します。</p> <p>・請求期間中の有給休暇取得日および有給休暇や出勤日に挟まれた週社休については、傷病手当金が支給されないことを承知しています。</p> <p>※ 関係機関とは、貴殿により通知を受けた当健保加入前の保険者・団体・会社他、受診中または受診されていた医療機関を指します。</p>							
令和 年 月 日				氏名: 印			
療 養 担 当 の 医 師 意 見	傷 病 名		傷病の主症状及び経過概要				
	転 帰 別		治 ゆ 繰 越 中 止				
	疾病・負傷年月日	年 月 日	労務不能と認めた期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 日間			
	初 診 年 月 日	年 月 日	日数が「0」の場合は理由及び直近の受診日を記入 理由: 直近の受診日 年 月 日				
	今回請求期間中の実診療日数 注:無記入の場合支給を保留します。		日	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日			
所在地		印					
医 師 病 院 名							
氏 名		印					
事 業 主 の 証 明	労務につかなかった期間(週社休・年次有給休暇を含む) * 対象期間の出勤証の写しを必ず添付してください。		平成・令和 年 月 日		日間		
	平成・令和 年 月 日		上記のとおり証明します。 令和 年 月 日				
事業主		印					

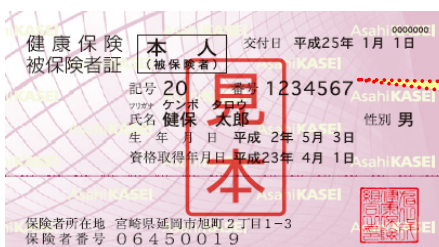
※障害(厚生・基礎)年金、障害手当金または老齢(厚生・基礎)年金の受給期間と傷病手当金の受給期間が重複している場合、傷病手当金は差額分の支給になります。(過去に遡って年金を受給された場合、同時期受給した傷病手当金の過払い分を徴収させていただきます)

※ 傷病手当金支給満了以降の傷病見舞金や休業療養費申請に、この請求書は使用できませんのでご注意ください。

[書類の流れ] 本人→医師→本人 → 旭化成社員 → 人事給与サポート室 → 旭化成健康保険組合
関係会社社員 → 関係会社総務勤労窓口 → 旭化成健康保険組合

* 上記、医師の意見書作成は、傷病手当意見書交付料として保険適用です。

記入例



この番号が被保険者番号です。

傷病手当金及び有給休暇請求書

※修正の際は必ず訂正印を押してください

※捺印(2ヶ所)を忘れずに

本人 (被保険者) ・記入	被保険者証の記号・番号(記号はどちらかを○)	本人(被保険者氏名)	朱肉使用	生年月日	連絡先(TEL)
	20 21	1234567	健保 太郎	昭和平成 45年1月1日	0982 (22) 2900
	所 属	旭化成 ○○工場 ○○課	今回、疾病・負傷のため休んだ期間 (週社休・年次有給休暇を含む)	平成・令和 30年4月1日 平成・令和 30年4月30日	30日間
	上記期間を申請いたします。	令和 元年 5月 10日			
	現住所(退職者のみ) 振込銀行(退職者のみ) 銀行 支店(普・当) 口座番号()				
傷病の原因は、第三者行為(交通事故、喧嘩等)や労災ですか?	はい ・ <u>いいえ</u>				
障害年金(厚生・基礎)、障害手当金又は老齢年金(厚生・基礎)を受給していますか? ※「はい」の場合は、年金証書(写し)または年金決定(改定)通知書(写し)を添付してください	障害年金	<u>はい</u> ・ いいえ ・ 申請中	※「はい」の場合の病名(○○病)		
	老齢年金	はい ・ <u>いいえ</u> ・ 申請中			
・私は、貴組合が傷病手当金の給付について、関係機関に照会することに同意します。照会行為について、貴組合に対し、一切の異議または申し立てをしません。また、関係機関が上記照会について、回答することにも同意します。 ・請求期間中の有給休暇取得日および有給休暇や出勤日に挟まれた週社休については、傷病手当金が支給されないことを承知しています。 ※ 関係機関とは、貴殿により通知を受けた当健保加入前の保険者・団体・会社他、受診中または受診されていた医療機関を指します。 令和 元年 5月 10日 氏名: <u>健保 太郎</u>					
療養担当の 医師意見	傷 病 名	傷病の主症状及び経過概要			
	転 帰 別	治 ゆ 繰 越 中 止			
	疾病・負傷年月日 年 月 日	労務不能と認めた期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 日間		
	初診年月日 年 月 日	日数が「0」の場合は理由及び直近の受診日を記入 理由: 直近の受診日 年 月 日			
	今回請求期間中の実診療日数 注:無記入の場合支給を保留します。 日	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日			
所在地 医師 病院名 氏 名					
事業主の 証明	労務につかなかった期間(週社休・年次有給休暇を含む) *対象期間の出勤証の写しを必ず添付してください。	平成・令和 年 月 日	日間		
	上記のとおり証明します。	平成・令和 年 月 日	令和 年 月 日		

捺印が2ヶ所になりました

健保

※障害(厚生・基礎)年金、障害手当金または老齢(厚生・基礎)年金の受給期間と傷病手当金の受給期間が重複している場合、傷病手当金は差額分の支給になります。(過去に遡って年金を受給された場合、同時期受給した傷病手当金の過払い分を徴収させていただきます)

※ 傷病手当金支給満了以降の傷病見舞金や休業療養費申請に、この請求書は使用できませんのでご注意ください。

[書類の流れ] 本人→医師→本人 → 旭化成社員 → 人事給与サポート室 → 旭化成健康保険組合
関係会社社員 → 関係会社総務労働窓口 → 旭化成健康保険組合

* 上記、医師の意見書作成は、傷病手当意見書交付料として保険適用です。