

・1ヶ月毎に請求してください。
 ・請求書の所定欄に「事業主の証明」と「療養を担当した医師の意見」が必要です。

区分

受付年月日	年 月 日	決 裁			
伺 年 月 日	年 月 日				台帳照合印
決 裁 年 月 日	年 月 日				
※支給 支払 決議書	支 給 額	円	資 格 取 得	年 月 日	
	延長傷病手当金付加金	円	資 格 喪 失	年 月 日	
			標 準 報 酬 日 額	円	
	支 給 開 始	年 月 日	障 害 年 金 額 ・ 日 額 障 害 手 当 金 額	円 (日額) 円	
	支 給 期 間	自 年 月 日 至 年 月 日 日 間	老 齡 (退 職) 年 金 額	円 (日額) 円	
	前回	始	年 月 日	全 部 ・ 一 部	期 間
終		年 月 日	不 支 給	理 由	
			備 考		

延長傷病手当金付加金請求書 (第 ○○ 回目)

①	被保険者証の記号・番号	2-○○○○	②	被保険者の業務の種別	板金工	
③	事業所の名称及び所在地	名称 厚木工場	④	所在地	神奈川県大和市草柳2丁目28番地	
⑤	資格を取得した年月日	○○年 ○○月 ○○日				
⑥	介護保険のサービスを受けたとき	保険者番号 健康保険資格取得日 (基本的に入社日)	被保険者番号	保険者名称		
⑦	発病又は負傷の年月日	○○年 ○○月 ○○日	⑧	傷病名	○○○○病	
⑨	発病又は負傷の原因	不詳			⑩ 第三者行為によるものですか <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい	
⑪	労務に服することができなかった期間	○○年 ○○月 ○○日から ○○年 ○○月 ○○日まで			○○日間	
⑫	上記期間の報酬の全部又は一部を受けたとき、又は受けることができるときは、その報酬額及び期間	年 月 日から 年 月 日まで 受けた報酬額 受けることができる報酬額			日間 円 円	
⑬	障害年金、障害手当金を受けているとき、又は受けることができるとき	⑦ 年金の種類	障害年金・障害手当金	① 年金額	⑤ 年金の支給事由となった傷病名	
		④ 年金を受けることとなった年月日	年 月 日	④ 障害年金を受けている場合は基礎年金番号・年金コード		
⑭	任意資格喪失者の方	⑦ 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか			はい・請求中・いいえ	
		① 老 齡 (退 職)	⑤ 基礎年金番号及び年金コード又は記号	⑥ 受 給 年 月 日	④ 年 金 額	
		【注意事項】 訂正するときは二重線で抹消のうえ、正しい内容を記載し、訂正者の氏名(サイン)または認印を押してください。 《例》 厚木 —横浜— (日飛)			年 月 日	円
					年 月 日	円
			年 月 日	円		
			⑧ 年金の合計額	円		
⑮	振込希望の金融機関名	銀行・金庫・信組			店・本店	
		普通当座			支店・出張所	
		口座番号	フリガナ	口座名義		
⑯	日付、住所、氏名を記入する。個人番号は記入しない。	上記のとおり申請します。			○○年 ○○月 ○○日	
	住所	〒 222-○○○○				
	氏名	横浜市○○区○○町○-○○ ○○ビルズ ○○○号室				
		日飛 健太				
	被保険者個人番号	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []				
	日本飛行機健康保険組合理事長 殿	(被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です)				

●被保険者の注意事項

- ア. ①および⑤欄は、健康保険の被保険者証に書いてあります。
- イ. ⑥欄は療養のため、勤務に服することができない期間中に介護保険法によるサービスを受けたときには被保険者証に書いてある保険者番号、被保険者番号、保険者名を記入してください。
- ウ. ⑨欄は、(〇〇年〇〇月〇〇日午前〇〇時ごろ)、どこで(自宅で) どうしているうち(清掃中に) どういうふうになって(二階の階段から足を踏み外して) どこを(右下腿部を打撲した) というように詳しく記載してください。
- エ. ⑬欄は、同一の疾病または負傷およびこれによって発した疾病により、障害年金、障害手当金を受けている場合に記入するとともに障害年金該当者は障害年金証書の写、支給開始並びに直近の額を証する書類を、また、障害手当金の該当者はその支給額を証する書類を添付してください。
- オ. ⑬欄で障害年金、障害手当金を現在請求中の場合(受けることができる)は、④欄のみにその旨を記入してください。
- カ. ⑬㊦欄は、受けている年金を○で囲んでください。
- キ. ⑬④㊦㊧欄は、障害年金を受けている場合または障害手当金を受けている場合は、それぞれの支給を証する書類等をみて記入してください。
- ク. ⑬㊨欄は障害年金を受けている人は、その年金証書の記号番号をみて記入してください。
- ケ. ⑭㊦欄は現在の年金受給状況を○で囲んでください。
- コ. ⑭①㊦㊧㊨欄は支給を証する書類等をみて記入してください。
- サ. ⑭㊩欄は年金の合計額を記入してください。
※⑭欄の補足
老齢または退職を支給事由とする年金該当者につきましては、平成13年3月28日付厚生労働省保険局保険課企画法令第1係より健康保険組合事務担当者宛事務連絡がなされ傷病手当金請求者に対しては請求書に老齢給付の年金証書またはこれに準ずる書類の写し、その額その支給開始年月を証する書類と直近の額を証明する書類等を添付させることとなっておりますので、被保険者に対しては本連絡を参照のうえご指導をお願いします。
- シ. ⑮欄は、被保険者(本人)が直接受領するときに、被保険者の希望する振込金融機関名を記入してください。
- ス. ⑯欄は、被保険者(本人)が署名した場合は、押印不要です。
- セ. 傷病が第三者の行為によるものであるときは、「第三者行為による傷病(死)届」を作成して、この請求書に添付してください。
- ソ. ⑳欄は、委任により代理受領するときに、代理人の希望する振込金融機関名を記入してください。
- タ. ㉑欄は、被保険者(本人)が直接健康保険組合の窓口で受領するときに記入してください。
- チ. ※印の欄には記入しないでください。

●事業主の注意事項

- ア. ⑱欄の「全額支給」または「一部支給」とは、一日当たりの賃金の全額または一部の意味であること。
- イ. ⑱欄の㊦と④欄にわたるときは、両欄にそれぞれの事柄を記載すること。
- ウ. ⑱㊦欄は、「現在までも、また将来も支給しない」と記載してください。
- エ. ⑲欄は、被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは、事業主の証明を要しません。

●医師の注意事項

- ア. ㉓欄は、初診日を記載するのではなく、その傷病について健康保険による療養を始めた日を記載するものですから、被保険者証の療養給付記録欄などをみて記載してください。
- イ. ㉔欄は、なるべく詳しく記載してください。特に、手術した場合は手術の名称と手術年月日を、また結核性の疾病については検痰成績、安静度、赤沈値、理学的所見などを記載してください。人工透析または人工臓器等を装着したときは、実施日または装着日を記入してください。なお、人工臓器等を装着したときは、「人工臓器等の種類」を○で囲んでください。