

記入例

(株)デンソーグループ分
(株)デンソーを除く)傷病手当金・傷病手当金付加金 請求書
延長傷病手当金付加金

※請求の効力は2年です

※締切日以降健保到着分は翌月支払です

記号-番号		99 — 123456	フリガナ氏名	ケンボ タロウ 健保 太郎	従業員番号	1234567	仕事の内容	設計	社内メールNo.	1234
被 保 険 者 記 入 欄	自宅住所	〒 4 4 8 - 〇〇〇〇 刈谷市〇〇町〇丁目〇番地				TEL 0566-〇〇-〇〇〇〇				
	照会等の同意	私は、本手当金の支給に際し、貴保険組合が必要に応じ、担当医、事業主、労働基準監督署等に必要情報を提示すること及び照会すること、前職時のレセプトの開示することに同意します。また、この請求書の写しも有効であることに同意します。				氏名 健保 太郎				
	傷病名	肺癌				発病・負傷の原因は第三者の行為(交通事故・ケンカ等)によるものですか?		はい (いいえ)		
	休業した期間	令和 〇年 5月 1日		障害年金・障害手当金・老齢年金等を受給していますか?		はい (いいえ)				
振込先	※ 健保登録口座がある事業所は、原則、健保登録口座に振り込みますので記入不要です。詳しくは、デンソー健康保険組合HPをご覧ください。健保の給付 ⇒ 病気やけがをしたとき ⇒ 健保登録口座がある事業所一覧				5 6 7 名義人 健保 太郎					
療 養 担 当 者 の ご 意 見 記 入 欄	労務不能であったと認めた期間	令和 〇年 5月 1日から		左記のうち診療実日数 20		左記のうち入院期間		令和 〇年 5月 13日から		
	傷病の主症状及び経過概要	会社健診にて発覚。5月1日当院初診。5月13日に入院、手術を施行。細胞診にて上記と診断。化学療法実施中。				傷の原因		不明		
	※労務不能と認めた理由を詳しく記入して下さい。妊娠している場合、何か月かを記入して下さい。	医師の証明に記入もれ・間違い、押印・訂正印もれ、期間の計算間違い等がないか、受取った時にその場で必ず確認して下さい。療養担当者のご意見記入欄の訂正は必ず医師の訂正印が必要です。				刈谷市〇〇町〇丁目〇番地 〇〇〇〇総合病院 〇〇 〇〇				
	証明日	令和 〇年 6月 1日								

入 欄	休職発令日(令和 〇年 5月 18日)、全て病欠(5月 4日～ 5月 16日)	現在の状況	1. 休業中 2. 復職(月 日付) 3. 退職(月 日付) (理由:)										
	書記殿 休職発令日とは、休み始めた日ではなく、会社から休職が発令された日です。	書記殿 休職発令されている場合や全て病欠の場合はこちらを記入すればカレンダーのマーク記入は不要です。	備考欄										
	無給公休 ▼ 早退日 △ 有休・やすらぎ休暇 △ 午前有休(やす休) ◇ 午後有休(やす休) ◆ 事故欠勤 ☆	月 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	書記所属	〇〇〇部〇〇課									
	メール	S123	TEL	〇〇〇〇-〇〇〇									
事 業 主 証 明 欄	労務に服さなかった期間と日数		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 (日間)										
	上記期間の報酬	月 額	給与形態	1. 月給 2. 日給月給 3. 他()									
	月分 手当	円	記入の通り相違ないことを証明する。										
	月分 手当	円	株式会社デンソー以外の方は、必ず事業主証明を受けてから、事業主経由で提出して下さい。										
健 保 組 合 記 入 欄	資格取得日	SHR	年 月 日	支給期間	月 日から	手当日額	円 ÷ 30日	室 長	検 討				
	資格喪失日	HR	年 月 日		月 日まで	手当額	円 × 日			担 当	受 付		
	傷手給付開始日	HR	年 月 日		日間	円 × 月	月 日から					円 × 月	月給者 ・ 104条
	傷手給付満了日	HR	年 月 日		月 日まで	減額合計							
延手給付開始日	HR	年 月 日	日間	円 × 月	回数	回数							
前回支給	HR	年 月 日	回数	回数									
備考欄			回数	回数									
健康保険組合記入欄			回数	回数									