

(経路)所属事業所社会保険担当 傷病手当金請求書
 →愛三工業健康保険組合 延長傷病手当付加金請求書

受付印	
健保組合	事業所

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日
 60 整理 組合記入
 - 理
 61 No.

- 愛三...1
- 労組...2
- 愛協...3
- ACS...4
- 愛熊...5

社員番号	〇〇〇〇〇〇	所属事業所	愛三工業(株) 愛協産業(株) 愛三熊本(株)	愛三工業労組 ACS(株)	被保険者氏名	愛三 太郎 印
被保険者証記号	〇〇〇〇〇〇	所属部署	本社 安城工場 豊田工場 その他 自宅住所			
			〇〇部〇〇室〇〇G 〒〇〇〇-〇〇〇〇 TEL 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
傷病名	左足首複雑骨折 等			休業期間	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日から	
発病年月日	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日				令和〇〇年 〇〇月 〇〇日まで	
発病(負傷)原因	スノーボードのジャンプで無理な体勢で着地 等			負傷は第三者行為(相手あり)によるものですか	1. はい 2. <u>いいえ</u>	
				負傷は勤務上・通勤途上によるものですか	1. はい 2. <u>いいえ</u>	
照会等の同意書	健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、愛三工業健康保険組合が関係機関(医療機関、事業主、日本年金機構、又は他の関係する保険者等)に対して給付記録・療養の給付記録・診察履歴・年金等、その他必要事項、ほかの法令による保険給付需給に関する情報等の照会・依頼を行うこと、また、関係機関が上記照会の回答をすることについて同意します。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 愛三 太郎 印	

あなたが記入するところ

国の年金支給を受けていますか	1. はい (国民年金・厚生年金の年金額決定通知書等で、年金額の確認ができる書類を添付してください)	2. <u>いいえ</u>
----------------	--	---------------

傷病名	発病(負傷)の原因が、業務上の場合は傷病手当金の支給対象にはなりませんのでご注意ください。		病気の経過	年 月 日	中止	5. 治療中
労務不能と認めた期間	年 月 日から	年 月 日まで	年 月 日から	年 月 日まで	労務不能と認めた期間中の診療実日数 日	
症状・経過の概要	年 月 日		住所	名称 印		
	年 月 日		医師名	電話		

健保記入	資格取得年月日	年 月 日	支給開始年月日	年 月 日
	資格喪失年月日	年 月 日	支給決定年月日	年 月 日
	支給区分	支給決定期間	日数	支給金額
	銀行振込	年 月 日から	年 月 日まで	日

※健保からの給付金は、給与の振込口座に振込みをさせていただきますので、ご了承ください。
 支給時には給付金支給決定通知書を送付しますので、ご確認ください。