

決 裁 令 和 年 月 日

健 保 使 用 欄	受 付	登 録	常務理事	事務長	関係者	担 当
	支給額		円	受 付 番 号	NO. 3-	
	再生紙（裏紙）での申請は不可			台 帳 記 入	令和 年 月 日	
				支 給 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	算式	標報日額 ① × × 日 =	年金（賃金）日額 × 1/12 × 1/30 ② × 日 =	支 給 開 始	令和 年 月 日	
③ ① - ② =			額	日間	円	

連絡先は業務時間内（9：00～17：00）に連絡が取れる番号（内線・PHS・外線等）をご記入ください。

届出日を必ずご記入ください。

傷病手当金請求書

中部電力健康保険組合 常務理事 殿 令和 〇〇年 12月 5日 届出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号 1	会社名・所属 〇〇（株）△△支店××部××G
		番号 12345	連絡先 ☎ ×××-××××-××××
	被保険者氏名 (生年月日)	健保 太郎 昭和・平成 〇〇年 1月 1日	種 別 (いずれかに○印) 1. 在籍者 2. 退職者 3. 任意継続 資格取得年月日 昭和・平成 令和 〇〇年 4月 1日
	傷 病 名	鎖骨骨折	第三者行為によるものですか? ①. いいえ ②. はい
	発病または負傷の原因	帰宅後、自宅で転倒し左肩を強打	発病または負傷の年月日 昭和・平成 令和 〇〇年 10月 1日
	労務に服することができなかった期間	令和 〇〇年 11月 1日 ~ 令和 〇〇年 11月 30日 30日間	
	上記の期間中に報酬の全部または、一部を受けた時もしくは受けることができる時は、その期間と報酬額	令和 〇〇年 11月 1日 ~ 令和 〇〇年 11月 10日 10日間	
		受けた報酬額	140,000 円
		受けることができる報酬額	円
	年金受給の有無 (いずれかに○を記入)	<input checked="" type="radio"/> 年金受給無し <input type="radio"/> 請求中（具体的に） <input type="radio"/> 現在受給中	必ずいずれかに○印をご記入ください。
	*年金等を受給している 年金額は年額をご記入ください。	年金の種類 (いずれかに○印)	1. 老齢基礎年金 2. 老齢厚生年金 3. 障害基礎年金 4. 障害厚生年金 5. 障害手当金 6. 在職老齢年金
		障害による受給の場合は対象となる傷病名を記入	
		年金の受給開始年月日	平成・令和 年 月 日
		年 金 額	年金証 署名が必要です。
	円		
労務不能の意見をいただいた担当医師または事業所産業医へ症状の照会をする場合がありますので同意いただきますようお願いいたします。 (右記へご署名をお願いします)			担当医師への症状照会に同意します。 署名 健保 太郎

◎*の部分に該当する場合の添付書類（金額改定時には、必ず再提出ください）
①年金証書の写
②年金の額及びその受給開始年月日を証明する書類ならびに年金の直近の額を証明する書類
※年金の受給がある場合、傷病手当金日額と年金日額の差額を支給します。また、年金日額が傷病手当金日額を上回る場合は傷病手当金の対象にはなりません。年金受給開始の時期によっては精算が発生することもあります。
※雇用保険（失業時の基本手当）を受給される方については、傷病手当金の対象にはなりません。
◎担当医師への症状照会の同意欄に必ず、署名をしてください。