

☐ 傷病手当金(付加金)請求書
☐ 延長傷病手当金付加金請求書

常務理事	事務長	担当者

【被保険者へお願い】

- ・消えないボールペンで丁寧に記入ください。
- ・訂正する場合は、二重線で抹消し正しい内容をご記入ください。
- ・傷病手当金は生活保障を目的としているため、1ヵ月毎に請求してください。

1/2 枚目

被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号	-	電話番号 日中の連絡先			
	フリガナ		生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		
	被保険者氏名					
	資格取得日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	資格喪失日	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
	会社・事業所名		被保険者 業務種別	<input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 開発 <input type="checkbox"/> 設計 <input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> その他()		
	傷 病 名		発病又は負傷 の年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
	申 請 期 間 療養のために休んだ期間	令和 年 月 日 ~	令和 年 月 日	日間		
	発病又は負傷時の状況を詳しく 記入してください					
	申請期間中の病状、療養の状況 を詳しく記入してください					
	医師から受けた治療や、療養に 関する指示の内容					
	第三者行為(交通事故や暴力行為)によるものですか(該当する回答に☑)					
	<input type="checkbox"/> はい → 添付書類「第三者行為による傷病届」 <input type="checkbox"/> いいえ					
	労災(業務上又は通勤途上の負傷)によるものですか(該当する回答に☑)					
	<input type="checkbox"/> はい → 添付書類「休業(補償)給付支給決定通知書」の写し <input type="checkbox"/> 労災申請中 <input type="checkbox"/> いいえ					
	障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか(該当する回答に☑)					
<input type="checkbox"/> はい → 添付書類「年金証書、直近の年金額改定通知書」の写し <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> いいえ						
[はい・申請中]の場合 → 傷病名:						
照会に関する同意		<input type="checkbox"/> 私は、傷病手当金の支給決定を行うにあたり、古河電工健康保険組合が、医療機関等に対して照会を行い、回答・提供を受けること、また、医療機関等が、古河電工健康保険組合の照会に対して回答することに同意します。尚、本紙の写しも有効と認めます。				
在職中の給付金支払い に関する同意		<input type="checkbox"/> 在職中、給付金は事業主経由で受領することに同意します。				
退職後に請求する場合に記入(任意継続者:記号9990は記入不要)						
金融機関コード	銀 行 信用金庫 信用組合	店舗コード	支 店 本 店 出張所	種目 普通預金	口座番号 フリガナ 口座名義人	
ゆうちょ銀行の口座へ振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください						

健 保 記 入 欄	給付種別	<input type="checkbox"/> 傷手 <input type="checkbox"/> 延長	支給回数	回	支給日	令和 年 月 日	
	支給期間	令和 年 月 日 ~	令和 年 月 日	日間			
	待期3日	年 月 日 ~	年 月 日	日額	法日	円	
	給付期間	年 月 日 ~	年 月 日		付日	円	
	法定給付					円	合計給付額
	付加給付					円	

【医療機関へお願い】

- ・治療期間ではなく、療養のため就労できなかったと認められる期間をご記入ください。
- ・労務不能と認めた期間は、主治医の証明日以前の期間をご記入ください。
- ・楷書で丁寧に記入ください。訂正した場合は、訂正印を押してください。

医 師 の 証 明 欄	患者氏名				2/2 枚目	
	傷病名				初診日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	発病又は負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	発病又は負傷の原因			
	労務不能と認めた期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			診療実日数 日	
	上記の内入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			退院日 年 月 日	
	就労可能見込み	令和 年 月 日頃 / <input type="checkbox"/> 現時点では不明			手術日 年 月 日	
	労務不能と認めた期間の主たる症状及び経過	治療内容・検査結果・療養指導等(詳しく)				
						投薬の有無 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		症状の経過からみて、従来の職種について労務不能と認められた医学的所見				
人工透析実施又は人工臓器を装着したとき	上記のとおり相違ないことを証明します。					
人工透析の実施又は人工臓器を装着した日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	令和 年 月 日					
人工臓器等の種類 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他()	所在地 医療機関名 医師名 印 電話番号 ()					
医療機関の名称・所在地はゴム印を使用してください。						

事 業 主 の 証 明 欄	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)					
	給与計算締日	日	給与の支給形態	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> その他()			
	給与支給日	<input type="checkbox"/> 当月 日 <input type="checkbox"/> 翌月	復職状況	<input type="checkbox"/> 未復職 <input type="checkbox"/> 復職 令和 年 月 日			
	上記期間中に給与を支給しましたか(待期3日は除く)	<input type="checkbox"/> はい→支給内容を下欄に記入してください <input type="checkbox"/> いいえ		出勤	日	有給	日
	支給内容	支給対象期間(待期期間3日分は記入不要)		月数・日数	支給額		
		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	カ月 日間	円			
		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	カ月 日間	円			
		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	カ月 日間	円			
	通勤手当 払戻未精算の場合記入	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	カ月 日間	円			
	不就業手当等の支給額がある場合、計算式等を記入してください。						
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日			【事業主へお願い】				
所在地 名称 代表者氏名			問合せ担当者	・訂正は二重線で抹消し正しい内容と、証明者氏名(サイン)を記入してください。 ・初回、最終回の申請書には、「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。 ・2回目以降でも、賃金の一部が支給される場合は添付してください。			
住所、事業所名、事業主名/代理人名 はゴム印を使用してください。			← 担当者データ印または朱印				