

退職後継続受給用

☐ 任意継続☐ 任意継続以外☐ 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
	退職前の 会社・事業所名		退職前の 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:					
	老齢厚生(基礎)年金を受給していますか(60歳以上の方は該当する回答に☑)					
<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						
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。				
振込口座 ※任意継続は記入不要						
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					
	給付期間	年 月 日 ~ 年 月 日	日 額	円	法日	円	
	任継期間	年 月 日 ~ 年 月 日			付日	円	
	法定給付					円	合計給付額
	付加給付					円	

