

## 退職後継続受給用

 任意継続     任意継続以外

- 傷病手当金(附加金)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ご記入ください。
- 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			
	被保険者氏名				年 月 日			
	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								
振込口座 ※任意継続は記入不要	<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。							
金融機関コード	銀 行	店舗コード	支 店	種 目	口座番号	フリガナ		
信用金庫 信用組合			本 店 出張所	普通預金		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		法日	円
	任継期間	年 月 日	~	年 月 日				
	法定給付						付日	円
	付加給付						合計給付額	

被 保 險 者 記 入 欄	退職後の健康保険 (任意継続以外)	<input type="checkbox"/> 国民健康保険	<input type="checkbox"/> 家族の扶養	<input type="checkbox"/> 再就職先の健康保険	<input type="checkbox"/> その他の社会保険	
		① 現在加入中の 健康保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書 いずれかのコピー 添付書類				
		② 今回の申請期間の診療について、医療機関又は薬局で発行された 診療明細書 又は 医療費明細書 の写し、調剤明細書の写し				
	③ 領収書の写し					
	雇用保険 失業給付の状況	<input type="checkbox"/> 給付の申請はしていない <input type="checkbox"/> 受給期間延長の申請をした (令和 年 月 日から延長継続中) → 初回のみ「延長通知書」写しを添付してください				
		<input type="checkbox"/> 受給手続き中である(令和 年 月 日から受給予定) <input type="checkbox"/> 現在既に就職済である(令和 年 月 日から就労中) <input type="checkbox"/> その他( )				
	医者のかかり方	<input type="checkbox"/> 医師の指示した日に受診		<input type="checkbox"/> 薬がなくなったら受診	<input type="checkbox"/> 自分の判断で受診	
	次の受診予定日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 未定			
	薬の処方の有無	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	処方がある場合のみ、下記↓回答してください。		
医師からの指示	<input type="checkbox"/> 決められた通りに服用するよう指示			<input type="checkbox"/> 調子の悪い時だけ飲むよう指示		
実際の服用	<input type="checkbox"/> 決められた通りに服用している			<input type="checkbox"/> 自分の判断で服用している	<input type="checkbox"/> 全く服用していない	
日中の過ごし方 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 1日( )時間ほど横になっている			<input type="checkbox"/> その他		
	<input type="checkbox"/> 1日中横になっている			( )		
	<input type="checkbox"/> 散歩する 1日( )回、( )分程度					

## 【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。
- ・楷書で丁寧にご記入ください。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					
	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 ~ 年 月 日	令和 年 月 日 ~ 年 月 日	診療実日数 日		
	上記の内入院期間	令和 年 月 日 ~ 年 月 日	令和 年 月 日 ~ 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)				
					<input type="checkbox"/> 投薬の有無	<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					
所在地 医療機関名 医師名 電話番号 ( )						
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( )						
医療機関の名称・所在地はゴム印を使用してください。						