

健康保険 傷病手当金（傷病手当金付加金）請求書（第 回）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 等	記号	被保険者の氏名		フリガナ	
	記 号 ・ 番 号	番号	及び生年月日		S・H 年 月 日	
	被保険者(請求者) 現住所	〒 TEL				
	被保険者の資格を 取得した年月日	令和 年 月 日	被保険者の業務の種類 (具体的に)			
	発病又は負傷年月日	平成・令和 年 月 日	傷 病 名			
	発病又は負傷の原因	☐ 私用中 ☐ 仕事中 ☐ 通勤途中	(負傷の場合は詳しく)			
	療養のため休んだ期間(申請期間)		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで			
	療養のため休み始めた日 ※第1回の申請時のみ記入		令和 年 月 日 会社へ診断書提出有無: ☐ 提出済 ☐ 未提出			
	療養のため休んだ期間の分として報酬(賃金) の支払を受けましたか、又は受けられますか		☐ 受けた ☐ 受けられる ☐ 受けられない			
	報酬の支払を受けた又は受けられるときは その報酬の額と支払の基礎となった期間		令和 年 月 日から 日間 円 令和 年 月 日まで			
	老齢厚生年金、障害厚生年金等の受給の有無		☐ ㊦受けている ☐ ㊧請求中 ☐ ㊨受けていない			
	㊦㊧のとき	種別 ☐ 老齢厚生年金 ☐ 障害厚生年金 ☐ 障害手当金	受給開始年月 年 月	傷病名	(障害厚生年金・障害手当金の場合のみ)	
	労災保険の休業補償給付の受給の有無		☐ 受けている ☐ 請求中 ☐ 受けていない			
	同 意 書					
	ロートグループ健康保険組合 理事長殿 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、ロートグループ健康保険組合が関係機関に対して、給付記録・療養の給付記録・診療履歴・年金等他の法令による保険給付受給に関する情報等の照会を行うこと、また、関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。 ※関係機関とは、前加入保険者、医療機関、年金事務所等を指します。 令和 年 月 日 ※照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。					
委任状	被保険者氏名 この請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。(給付金の受領を代理人に委任するときは、「委任状」欄と「振込口座」欄ともに記入してください) 被保険者の氏名 代理人の住所 氏名					
振込口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は㊦、利用しない場合は下記の欄を記入してください) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、 <u>上記委任状で受取代理人を指定する場合は公金受取口座を利用できません。</u> 銀行 銀行コード 預金種別 普通・当座 金庫・信組 口座番号 農協・漁協 本店 支店コード 名義人(フリガナ) 支店					

組合 使用 欄	資 格 取 得 日		年 月 日		資 格 喪 失 日			年 月 日		
	申 請 期 間		年 月 日 ～ 年 月 日							
	待 機 期 間		年 月 日 ～ 年 月 日							
	控 除 ・ 不 支 給 期 間				日 数	控 除 額	理 由			
	①	年 月 日 ～ 年 月 日								
	②	年 月 日 ～ 年 月 日								
	支 給 期 間				日 数	日 額	法 定 給 付 額	日 額	付 加 給 付 額	
	①	年 月 日 ～ 年 月 日								
	②	年 月 日 ～ 年 月 日								
	給 付 判 定		支 給	一 部 不 支 給	不 支 給	理 由：				

