

(経路)所属事業所社会保険担当
→愛三工業健康保険組合
令和 年 月 日

傷病手当金請求書
延長傷病手当付加金請求書

受 付 印	
健保組合	事業所

60	整理 No.	組 合 記 入			
—					
61					

常務理事		
------	--	--

あなたが記入するところ	社員番号		所 属 事業所	愛三工業(株) 愛三工業労組 愛協産業(株) ACS(株) 愛三熊本(株)		被保険者氏名	◎	
	被 保 険 者 証		所 属 部 署	本社 安城工場 豊田工場 その他		自宅住所 〒		
	記号	番 号						
	傷 病 名		休業期間	平成・令和 年 月 日から				
	発 病 年 月 日			平成・令和 年 月 日まで				
	発病(負傷)原因		負傷は第三者行為(相手あり)によるものですか		1. はい 2. いいえ			
			負傷は勤務上・通勤途上によるものですか		1. はい 2. いいえ			
	照会等の同意書		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、愛三工業健康保険組合が関係機関(医療機関、事業主、日本年金機構、又は他の関係する保険者等)に対して給付記録・療養の給付記録・診察履歴・年金等、その他必要事項、ほかの法令による保険給付需給に関する情報等の照会・依頼を行うこと、また、関係機関が上記照会の回答をすることについて同意します。また、この請求書の写しも有効であることに同意します。				氏名 ◎	
	国の年金支給を受けていますか		1. はい (国民年金・厚生年金の年金額決定通知書等で、年金額の確認ができる書類を添付してください) 2. いいえ					
医師の証明	傷 病 名		病気の経過 平成・令和 年 月 日 1. 治ゆ 2. 死亡 3. 転医 4. 中止 5. 治療中					
	労務不能と認めた期間		そのうち入院した期間		初診日			
	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 日間		平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで		年 月 日			
	症状・経過の概要		令和 年 月 日 住所 名称 ◎ 医師名 電話					
健保記入	資格取得年 月 日	年 月 日		支給開始年 月 日	令和 年 月 日			
	資格喪失年 月 日	年 月 日		支給決定年 月 日	令和 年 月 日			
	支給区分	支 給 決 定 期 間		日 数	支 給 金 額			
	銀行振込	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日				円

※健保からの給付金は、給与の振込口座に振込みをさせていただきますので、ご了承ください。
支給時には給付金支給決定通知書を送付しますので、ご確認ください。