

傷病手当金請求書

【第 回目】

健康保険組合理事長殿		令和 年 月 日	
被保険者 住所 〒		氏名	
下記のとおり請求します。			
記号・番号		事業所名称	
傷病名		第三者行為によるものですか	いいえ ・ はい
健保に加入して1年以上経過していますか	はい ・ いいえ	【いいえの方】 前職社会保険の加入状況及び傷病手当金支給状況を確認させていただきます。 「入社1年未満の支給条件について」にある回答書と同意書を併せてご提出下さい。	
発病の状態または傷病の原因を詳しく			
傷病または負傷の療養をするために休んだ期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間
うへの期間の報酬(賃金)の全部または一部を受けたときまたは受けられるときはその報酬額および期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間
障害厚生年金または障害手当金を受給していますか	いいえ ・ 請求中 ・ はい		
障害厚生年金または障害手当金の受給原因となった傷病名		年金額	円
老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか	いいえ ・ 請求中 ・ はい		
老齢(退職)年金の名称		年金額	円

*ALAP以外の退職予定の方は支払金融機関を記入してください。ただし、退職後、任意継続される方は記入不要です。

支払金融機関	金融機関名	支店名
	預金種別	口座名義(カナ)
	1. 普通 2. 当座 3. その他()	
	口座番号	

*退職後の期間については記入不要です。

事業主証明欄	労務に服さなかった期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間
	うへの期間中の分として支払う報酬関係	支給の場合	年 月 日 から	金 円
		支給しない場合	までの分 (月 日 支払)	金 円
【確認欄】 *記載内容を確認し、チェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 上記記載の内容に相違がないことを証明いたします。				
年 月 日				
事業主 住所 氏名				

*医師の記入は必須です。

療養を担当した医師の意見記入欄	傷病名		発病または負傷の原因	
	発病または負傷の年月日	年 月 日	療養の給付の開始年月日	年 月 日
	労務不能と認められた期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間
	上記のうち入院期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間
	傷病の主症状および経過概要			
上記記載の内容に相違ないことを証明いたします。				
令和 年 月 日				
住所(所在地) (TEL) - -				
医師 医療機関名				
氏名				

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		
	令和 年 月 日		
	住所	被保険者 氏名	
	住所	代理人 氏名	
委任者と代理人との関係			

(事)社会保険担当者印

健保組合受付印

【添付書類】

- 障害厚生年金を受給している場合 ・障害厚生年金給付の年金証書(写) ・年金額改訂通知書(写)
- 老齢退職年金を受給している場合 ・老齢退職年金給付の年金証書(写) ・年金額改訂通知書(写)

※記載内容を訂正する場合には、該当箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

傷病手当金 入社1年未満の支給条件について

入社1年未満の方については、アルプス健保組合に加入する前の健保組合から、同傷病での傷病手当金の支給有無及び支給期間等を確認させていただきます。

以下の回答書にアルプス電気健康保険組合に加入する前の健保組合をお知らせ下さい。

1の場合、前加入健保組合へ加入状況を確認させていただきますので、同意書も併せてご記入、返送をお願いします。

なお、本件に関しましてご不明点・ご質問等ございましたら、アルプス電気健康保険組合まで(03-3727-6031)ご連絡下さい。

回答書

貴組合加入前の加入健保は以下のとおりです。

(番号に○を、1の場合は健保名をご記入下さい)

1	健康保険組合
2	国民健康保険
3	その他共済等
4	家族の扶養に入っていた

令和 年 月 日

同意書

令和 年 月 日

アルプス電気健康保険組合 殿

健康保険法に基づく傷病手当金等の支給決定を行うにあたり、貴組合が私の保険給付歴等について照会すること、照会にあたり貴組合が必要と認める書類等の提示をすること、および照会先保険者が回答するにあたり、貴組合に対し保険給付記録や診療報酬明細書等、必要と認めた書類を提示することに同意のうえ、異議のないことをここに申し立てます。

なお、照会先が複数となる場合は、本同意書の写しも有効であることを認めます。

住所 〒

氏名

生年月日
