

傷病手当金 / 傷病手当金付加金請求書

延長傷病手当金付加金請求書

被保険者記号番号 記号 1 番号 1 2 3 4 5 6 7

R4.9 改定

被保険者が記入するところ

はいの場合年金証書裁定通知書年金改定通知 何れかの写しを添付してください

会社名 (株) アイシン 所属 車事業部 傷病名 1) 適応障害 2) 不眠症 発病・負傷の原因 日常生活によるストレス 療養の為に休んだ期間 令和4年5月15日から 令和4年7月31日まで 申請期間 令和4年7月31日まで 確認事項 ① 第三者の行為(交通事故・けんか等)によって負傷したものですか。 はい いいえ ② 『障害厚生年金』『障害手当金』を受給していますか。 はい 請求中 いいえ ③ 『公的年金』を受給していますか。 はい いいえ ④ 他の保険(労災、通災等)から、休業補償給付を受けている期間のものですか。 はい 請求中 いいえ 同意書 アイシン健康保険組合 理事長殿 健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定をするにあたり、アイシン健康保険組合が関係する官公署・医療機関に対して給付記録、療養の記録・診療履歴等の照会・依頼を行い、回答提供を受けることについて同意します。 記入日 令和4年7月31日 被保険者氏名 健保 健太郎 愛知 都道府県 安城 市区 三河安城 町 3丁目9番地2 自宅TEL 携帯TEL 090-1111-1111

傷病手当金/傷病手当金付加金、延長傷病手当金付加金は、会社指定口座に振込みます。

労務に服することができなかった期間を含む勤務状況、及び賃金支払状況等をご記入ください。

資格区分 管理職(課長以上) 一般 時給制 退職状況 令和 年 月 日 [退社・退社予定] 勤怠状況: 医師意見書欄記載『労務不能と認めた期間』の勤務状況 ※カレンダーが足りない場合は、コピーで対応して下さい(別紙添付可) 出勤: ○ 会社休日: × 有給(半給): △ 病欠、欠勤: / 公休(給与有): △ 公休(給与無): / 給与支払状況: 『労務不能と認めた期間』に賃金を支給しました(します)か? ① 上記期間全額支給無 ② 月によっては支給有 ③ 1ヵ月分の給与支払状況 ③ 事業所にて証明 上記の通り相違ありません。 令和 年 月 日 健康保険組合記入欄 手当日額: 月の合計額÷30 ÷ 30 控除期間 控除日額

患者氏名	医療機関の名称、所在地は必ずゴム印を使用してください。 訂正した場合、必ず医師の訂正印を押してください。					
	傷病名	1)	初診日	平成 令和	年 月 日	発病・負傷の原因
	2)	初診日	平成 令和	年 月 日		
療養不能と認められた期間	令和	年	月	日から	日間	診療実日数
	令和	年	月	日まで		
症状経過からみて労務不能と認められた医学的な所見、治療内容、療養指導等詳しくお書きください。						
通院指導・服薬状況が未記入等、保険者として判断できない場合は不支給となるおそれがありますので、詳しく記入ください。						
◎通院指導有：()週間に()回 ◎通院指導無：理由()						
◎投薬有：()日間処方 ◎投薬無：理由：(1. 本人が希望しない 2. その他)						
◎労務不能と判断した理由：						
<h1>②医療機関にて証明</h1>						
上記の通り相違ありません。					令和	年 月 日
医療機関の所在地					転 帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転院	
医療機関の名称					療養費の別 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 他	
医師の氏名					人工透析、人工臓器装着日 昭和・平成 年 月 日	
☎ 電話					人工臓器等の種類 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 他()	

資格	取得	昭和・平成・令和	年 月 日	控除	不支給日	報酬・年金控除			月 日額	円	月 日額	円
	喪失	令和	年 月 日			月 日額	円	月 日額	円			
健康保険組合記入欄	傷手給付 開始日	令和	年 月 日	支給回数	傷手	回	延手	回	受付No	備考		
	傷手給付 満了日	令和	年 月 日									
	延手給付 開始日	令和	年 月 日									
	延手給付 満了日	令和	年 月 日									
前回支給	令和	年 月 日まで										

《請求者の方への注意事項》

請求ルート： 従業員 本人 ⇒ 医師 ⇒ 本人 ⇒ 人事 ⇒ 健保
退職者 本人 ⇒ 医師 ⇒ 本人 ⇒ 健保

- ①すべてボールペンでご記入ください（鉛筆での記入・コピーは不可）
- ②「療養担当者が意見を記入するところ」は必ず医師に記入していただいで下さい。
- ③今回の傷病で初めて請求される場合、3日間の待機期間（支給されない期間）がありますが、待機期間を年休・会社休日とすることも可能です。
- ④請求には事業主の勤怠証明が必要ですので、必ず会社の人事経由で提出して下さい。
資格喪失および任意継続の方は本人から直接健保に送付してください。また、現在ご加入の保険証のコピーを添付してください（任意継続の方は不要）
- ⑤支給日は、毎月8日までに会社の人事より健保組合に到着した請求書が、同月22日の支給対象です。
会社への締切日は会社の人事部にご確認下さい。なお、長期連休の場合は締切が早くなります。
- ⑥上記締切に関わらず、書類に不備がある場合・記載内容について調査（医師への照会等）が必要な場合は、支給日が遅れることがあります。
- ⑦支給金額についてお電話ではお答えできませんので、支給決定通知書にてご確認下さい。（通知書は支給日に発送）
- ⑧請求権の時効は2年です。（労務不能になった日ごとに2年経過）