

※A3サイズ(ヨコ)で印刷ください

傷病手当金・傷病手当金付加金請求書(第 回目)

被保険者証		事業所名称	
記号	番号		
傷病名	発病または負傷の年月日		年 月 日
発病または負傷の原因 該当するものに☑を付けて下さい	<input type="checkbox"/> 業務上や通勤途上によるもの→労災該当の可能性があるので人事または総務部にご相談下さい <input type="checkbox"/> 第三者行為によるもの → 「第三者行為による傷病届」もあわせてご提出下さい <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> その他理由 ()		
病気・ケガのため休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間
上記の期間に対する報酬を受けたまたは今後受けられるときはその期間と報酬額をご記入下さい	年 月 日から 年 月 日まで		報酬額 円
障害厚生年金または障害手当金を受けられますか	<input type="checkbox"/> はい } <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 請求中 } <input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> いいえ	はい、請求中に☑をつけた場合、受給の要因となった傷病名をご記入下さい	
「はい」、「請求中」に☑をつけた方は、年金証書の写しと支給明細の写しを添付して下さい			
退職者の方はご記入下さい	<input type="checkbox"/> はい } <input type="checkbox"/> 老齢給金を受けていますか <input type="checkbox"/> 請求中 } <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」、「請求中」に☑をつけた方は、年金証書の写しと支給明細の写しを添付して下さい	
雇用保険を受けていますか	<input type="checkbox"/> はい } 該当の方は以下の書類を添付して下さい <input type="checkbox"/> 延長中 } 「延長中」⇒離職票(1)、(2)、雇用保険受給期間延長通知書それぞれの写し <input type="checkbox"/> いいえ } 受給申込をしていない⇒離職票(1)、(2)ともに写し 受給満了している⇒雇用保険受給資格者証の写し(支給終了と印字されたもの)		
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、健康保険組合が必要に応じ医療機関等に対して照会を行う場合があります。尚、ココヨ共済会会員の方については、傷病見舞金給付のため、ココヨ共済会に給付金情報の提供を行います。 (個人情報の取扱いについては、公表の「個人情報保護基本方針(プライバシーポリシー)」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。) 在職者は所属する事業所を代理人と定め、傷病手当金の受領を委任します。 上記の内容に同意したうえで、傷病手当金を請求します。			
年 月 日		〒	
ココヨ健康保険組合 理事長 殿		住所.....	
		氏名.....	
		電話.....	

※記載事項に訂正がある場合には、訂正箇所にご記入した方のサインまたは訂正印を押印してください。

●退職者は振込先をご記入ください。(任意継続者は保険料引落口座になります)

振込先	口座名義	フリガナ氏名		
	銀行	銀行名	銀行	支店名
	種別	普通・当座		口座番号

事業主が証明するところ	被保険者氏名				
	労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
	必要添付書類	<input type="checkbox"/> 勤務表(写) <input type="checkbox"/> 賃金台帳(写) <input type="checkbox"/> 雇用契約書(写) ←復職プログラム(訓練)適用中の場合			
	上記期間に対して賃金を支給しました(します)か。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 基本給 円 <input type="checkbox"/> 時間給 円/H <input type="checkbox"/> 日給月給 基本給 円 <input type="checkbox"/> その他()	締日 日 支払日 <input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月 日
	賃金を支給した場合	<input type="checkbox"/> 全部 年 月 日から 年 月 日まで 日分 <input type="checkbox"/> 一部(欠勤控除有など) 年 月 日から 年 月 日まで 日分 <input type="checkbox"/> 復職プログラム		報酬額 円	支払日 年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明する。				年 月 日	担当者氏名
事業所の所在地 事業所の名称 事業主の氏名					

※記載事項に訂正がある場合には、訂正箇所にご記入した方のサインまたは訂正印を押印してください。

療養を担当した医師の記入欄	傷病名	診療を開始した日	発病又は負傷の年月日
		年 月 日	年 月 日
	発病又は負傷の原因		転帰(○を付けて下さい)
			<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医
	労務不能と認められた期間		左記期間中の診療日数
	年 月 日から 年 月 日まで 日間		日間
	上記期間における傷病の主症状および経過(治療内容、検査結果、療養指導など)並びに労務不能と認められた理由についてできるだけ詳しく記入してください		
		
		
		
上記のとおり相違ありません。			年 月 日
医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名			電話

※記載事項に訂正がある場合には、訂正箇所にご記入した方のサインまたは訂正印を押印してください。(2021)