※Ａ３サイズ（ヨコ）に設定して印刷してください

傷病手当金・傷病手当金付加金請求書(第　　回目)

請求者記入欄

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	□業務上や通勤途上によるもの→労災該当の可能性があるため人事または総務部にご相談下さい □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 □不詳 □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　報酬額 年　月　日まで　円

障害厚生年金または障害手当金を受けていますか	□はい □請求中 □いいえ	□障害厚生年金 □障害手当金	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	老齢年金を受けていますか	□はい □請求中 □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	□はい □延長中 □いいえ　該当の方は以下の書類を添付して下さい 「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 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。健康保険組合が医療機関へ照会を行うことに同意します（右のチェックボックスに☑を付けて下さい）□。

コクヨ共済会会員の方については、傷病見舞金給付のため、コク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(ﾌﾟﾗｲﾊﾞｼｰﾎﾟﾘｼｰ)」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。
以上の内容に同意したうえで請求します。

年　月　日　　〒

コクヨ健康保険組合　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	支店
		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	□勤務表(写)　□賃金台帳(写)　□雇用契約書(写)　←復職ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ(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。	□はい □いいえ	給与の種類	□月給　基本給　円 □時間給　円／H □日給月給　基本給　円 □その他(　　)	締　日	日
				支払日	□当月 □翌月　日
賃金を支給した場合 □全部 □一部(欠勤控除有など) □復職ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ	年　月　日から 年　月　日まで　日分		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)
	治癒　繰越　中止 転医

労務不能と認めた期間	左記期間中の診療実日数
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、訂正箇所に記入した方のサインまたは訂正印を押印してください。　（2024）