

至 事業所健保窓口経由 三井住友トラストグループ健康保険組合

常務理事	事務長	担当者		支給決定伺		算出の基礎			
				支給金額	円	法定2/3 付加 延長	手当日額	日数	金額
資格取得	年 月 日	支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間 (実日数 日間)	円	円		円×	日＝	円
資格喪失	年 月 日						円×	日＝	円
延長開始	年 月 日						円×	日＝	円
延長満了	年 月 日	円×	日＝			円			
全部・一部 不支給	期間		算出に使用する日額	円	延長	支給決定日			
	理由		障害年金額 障害手当金額 老齢退職年金額	(日額 円)		年 月 日			

傷病手当金・傷病手当金付加金 請求書 (第 回)
延長傷病手当金付加金

被 保 険 者 又 は 被 保 険 者 で あ つ た 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等	記 号 番 号		被保険者氏名		標準報酬 月額 千円	
	傷病名				病気又はけがをした 年 月 日	年 月 日	
	療養のため休んだ期間 (請求期間)	年 月 日から 年 月 日まで (日間)					↑ 事業所担当者に 確認ください
	病気又は けがの原因				けがをしたのは	出勤前・出勤途中・勤務中・休憩中 退社途中・帰宅後・休日 その他 ()	
	① 老齢・障害厚生年金または障害手当金を受けていますか。 受給している場合、何を受給していますか。				☐ はい ☐ いいえ ☐ 申請中 ☐ 障害厚生年金 ☐ 障害手当金 ☐ 老齢厚生年金等		
	② 上記①で「はい」または「申請中」と答えた場合、基礎年金番号、 年金コード、支給開始年月日、年金額を記入してください。 (申請中の方は、基礎年金番号のみ記入)	基礎年金番号					
		年金コード					
		支給開始年月日			年 月 日		
		年金額			年金額 円		
	③ 上記①で「はい」または「申請中」の障害年金、障害手当金の 傷病名と認定年月日を記入してください。	傷病名			年 月 日		
	認定年月日			年 月 日			
④ 資格喪失後(退職後)の請求の場合、雇用保険の求職者給付を	☐ 受けた ☐ 受けていない ☐ 申請中 ☐ 受給延長済み						
上記のとおり請求します。 なお、給付金の受領を、所属する事業主へ委任します。(*1) 資格喪失後は下記の口座(⑤)に振り込み依頼します。 三井住友トラストグループ健康保険組合 御中 〒 住 所 請求者 氏名 電 話							
⑤資格喪失者のみ記入(なお、任意継続被保険者は、登録済みの給付金振込口座へ振り込まれます。)							
振込希望口座 (被保険者名義)		普通預金 銀行 支店 No.		口座 (フリガナ) 名義			

(*1)給付金は事業主より給与支給日等に被保険者に支払われます。

※上記①～③の記入、提出書類について

- 障害年金または、障害手当金、及び老齢退職年金等を受けている場合に記入してください。
- 初回申請時、および年金額が改定された時に、直近の年金額のお知らせ書類(裁定通知書、年金額改定通知書、年金振込通知書等の写し)を添付してください。
- 現在申請中の場合はその旨を記入してください。

※資格喪失後の請求(継続給付)については、④⑤を記入してください。

「傷病手当金の継続給付」と「雇用保険の求職者給付」は併給出来ません。

受付日	支払日

＜事業主の方へ＞【記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください。】

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		年 月 日から 年 月 日まで (日間)																													
	出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示してください。																															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	年 月																															
	年 月																															
	上記の期間中の分として、期間及び報酬額を記入してください。																															
	年 月 日から 年 月 日まで(日間)		円	全額支給 ・ 一部支給 ・ 支給なし																												
	年 月 日から 年 月 日まで(日間)		円	全額支給 ・ 一部支給 ・ 支給なし																												
	上記の通り証明します。																															
	住所 事業所 氏名																															

※賃金台帳及び出退勤管理票を添付してください。

療養を担当した医師が記入するところ	傷病名 (a)		発病又は負傷年月日		療養給付開始日(初診日)		発病又は負傷の原因	
	(1)		年 月 日		年 月 日			
	(2)		年 月 日		年 月 日			
	(3)		年 月 日		年 月 日			
	労務不能と認めた期間 (b)		左記期間の診療実日数		入院期間		転帰	
	年 月 日から 年 月 日まで (日間)		日間 0日の場合、直近の診療日を記入 年 月 日		年 月 日 (日間)		治癒 ・ 繰越 中止 ・ 転医	
	(b)の期間中における、傷病の主症状及び経過概況、治療内容、検査結果、療養指導など(詳しく)ご記入ください。							
	状況経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見							
	上記のとおり相違ありません。							
	住 所 医師 医療機関名 氏 名 電 話 番 号							

＜医療担当者の方へ＞【記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください。】

- (a) 複数の傷病名がある場合、(1)から主たる傷病名を順次記入してください。
(b) 治療期間ではなく、療養のため就労できなかったと認められる期間を記入してください。

※原則、初診日以降、記入日以前の期間の証明をしてください。

初診日以前の期間の証明をされる場合、その理由等を「状況経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見」欄に記入してください。