

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	手当日額	日数	金額	
資格取得		年	月	日	支給期間	自	年	月	日	円×	日＝	円
資格喪失		年	月	日		至	年	月	日			
延長開始		年	月	日		(実日数		日間)		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				
	理由				障害年金額 障害手当金額 老齢退職年金額	(日額	円)		支給決定日			
									年	月	日	

傷病手当金・傷病手当金付加金 請求書 (第 〇 回)
延長傷病手当金付加金

被保険者又は被保険者であった者が記入するところ	被保険者等	記 号 番 号	〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇	被保険者氏名	健保太郎		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		〇〇〇
	療養のため休んだ期間 (請求期間)	△△ 年 4 月 11 日から △△ 年 4 月 30 日まで (20 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 〇〇〇,〇〇〇 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。	退職者のみ記入		傷病名	□□□□□□		
			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 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 住 所 □□□□□□□□□□ 請求者 氏名 健保 太郎 電話 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 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 口座 (フリガナ) ケンボ タロウ ▽▽▽ 銀行 ▽▽▽ 支店 No. 〇〇〇〇〇〇〇 名義 健保 太郎							

(*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、直近の年金額のわかる書類(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

労務に服さなかった期間	○○ 年 4 月 11 日 から ○○ 年 4 月 30 日まで (20 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。																																																																																														
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> <tr> <td>年 月</td><td>○</td><td>○</td><td>公</td><td>公</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>公</td><td>公</td><td>△</td><td>△</td><td>△</td><td>△</td><td>△</td><td>公</td><td>公</td><td>／</td><td>／</td><td>／</td><td>／</td><td>／</td><td>公</td><td>公</td><td>／</td><td>／</td><td>／</td><td>／</td><td>／</td> </tr> <tr> <td>年 月</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	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	○	○	公	公	○	○	○	○	○	公	公	△	△	△	△	△	公	公	／	／	／	／	／	公	公	／	／	／	／	／	年 月																														
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	○	○	公	公	○	○	○	○	○	公	公	△	△	△	△	△	公	公	／	／	／	／	／	公	公	／	／	／	／	／																																																																
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 4 月 11 日から ○○ 年 4 月 16 日まで (5 日間)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"> ○○,○○○ 円 </td> <td style="width: 70%;"> 全額支給 一部支給 ・ 支給なし </td> </tr> </table>	○○,○○○ 円	全額支給 一部支給 ・ 支給なし																																																																																											
○○,○○○ 円	全額支給 一部支給 ・ 支給なし																																																																																													
○○ 年 4 月 17 日から ○○ 年 4 月 30 日まで (14 日間)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"> 0 円 </td> <td style="width: 70%;"> 全額支給 ・ 一部支給 ・ 支給なし </td> </tr> </table>	0 円	全額支給 ・ 一部支給 ・ 支給なし																																																																																											
0 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 □□□□□株式会社 代表者名(または代理人名) ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日																																																																																														

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) □□□□□□	〇〇年 4月 11日	〇〇年 4月 11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
〇〇年 4月 11日から 〇〇年 4月 30日まで （ 20日間）	13日間	〇〇年 4月 11日 〇〇年 4月 20日 （ 10日間）	治癒 ・ 繰越
	0日の場合、直近の診療日を記入		中止 ・ 転医
	年 月 日		
(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。 記入 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
住 所 □□□□□□□□□□□□ 医師 医療機関名 □□□□□病院 氏 名 医師の氏名 電 話 番 号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			

健康保險組合 AK-004-06 5年 2025.04