

コ-ト

申請者の方は**太枠内**をすべて記入してください。

1. 【全員】下記内容の確認と同意の上、自署をお願いします

(1) 傷病手当金と同一疾病での障害年金や老齢年金を受給の場合
☐ ①傷病手当金の支給額が調整されること
☐ ②既に傷病手当金が支給されている期間に上記年金を受給する場合、調整額を返納いただくこと

▼障害年金・障害手当金の受給

☐ なし ☐ 受給中 ☐ 申請中

→受給中、申請中の場合

[傷病名] []

▼老齢年金等の受給（60歳以上の方のみ）

☐ なし ☐ 受給中 ☐ 申請中

(2) 労災保険の休業給付等と同一疾病で労務不能の場合
☐ ①傷病手当金の受給対象外であること
☐ ②傷病手当金を受給後に労災保険が認定された場合、傷病手当金は全額を返納いただくこと
☐ ③給付終了(打ち切り)後も傷病手当金は支給されないこと

▼労災保険に休業給付等を申請していますか。

☐ いいえ ☐ はい → 健保へご連絡ください

(3) 第三者行為(交通事故・ケンカ等)による傷病ですか。
☐ いいえ ☐ はい → 健保へご連絡ください

(4) 傷病手当金の支給決定のため、当組合が必要とする事項を
☐ ①関係機関(官公署・医療機関)等に対し照会すること
☐ ②また、この支給申請書の写しも有効とし、照会を受けた者または関係機関等が当該照会に対し回答すること

上記内容について、理解し同意します。

年 月 日（自署）

医療機関の方は右記枠内をすべて記入してください。

2. 担当人事・部総括への提出日									
年		月		日					
普通 当座	口座番号								
口座名義（被保険者（従業員）名義									
で記入									
ださい。訂正箇所には訂正印をお願いします。）									
発病または 負傷原因									
診療開始日			平・令		年		月		日
診療 実日数		日		[転帰] 治癒・死亡・転医・中止・継続					
この欄の記入事項に相違ない事を証明します。									
所在地				令和		年		月 日	
医療機関 名 称									
医師氏名									

病類コード				支給期間				日数		控除額		回数
				不								
A1:支給開始日		法定給付満了日		B1:延長開始日		B1:延長終了日		B2:延長開始日		支給満了日		不支給日数計

