

(法定) 傷病手当金 (付加金) 支給申請書(第 回目)

被保険者が記入するところ	健康保険証の記号番号		標準報酬月額		事業所の名称	
	資格取得年月日	昭和 年 月 日 平成	業務の種別			
	第三者行為に該当しますか	いいえ ・ はい	障害年金又は厚生年金を受給していますか		いいえ ・ 請求中 ・ はい	
	被保険者の個人番号(マイナンバー) (記号番号を記入した場合は <u>記入不要</u> です。)					
	傷病名		発病又は負傷の年月日	平成 年 月 日	令和 年 月 日	
	発病又は負傷の原因					
	発病又は負傷の療養をするために休んだ期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間		
	上記期間中に報酬を受けた又は受けられるときはその報酬額および期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日分として		円	
	上記のとおり請求いたします。			令和 年 月 日		
	被保険者の住所 〒		電話			
		氏名				
OKK健康保険組合 殿						

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間	
	上記期間中に報酬の全部または一部を支給した場合又は支給する場合はその期間と支給額	有給・出勤・早退・月給者	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間 円
	上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 年 月 日		
事業主 住所		氏名			
		電話			

受取代理人欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	被保険者 住所 〒	
		氏名
代理人の氏名と印	(フリガナ)	委任者と代理人との関係

振込口座 _____ 銀行 _____ 支店 普通 No. _____



療養を担当した医師が意見を記入するところ	患者氏名					
	傷病名					
	発病又は負傷の原因					
	発病又は負傷の年 月 日	年	月	日	療養の給付を開始した年月日	年 月 日
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	左記期間中 診療実日数		日
	上記期間中入院期間がある場合は、その期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日	まで	日間	
	傷病の主症状 および経過概要	(1) 上記期間中における主症状及び経過(治療内容、検査結果、療養指導など詳しく)				
(2) 症状の経過からみて将来の就業について労務不能と認められた医学的所見						
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日						
医師 住所(所在地) 〒 医療機関名 氏 名 電 話						

<被保険者注意事項>

- ・第三者行為によるものと、年金受給に関する項目は必ず記入してください。
- ・障害年金、老齢年金等の各種年金を受給している場合は、下記の書類を添付してください。
『年金証書の写し』又は、『年金額改定通知書の写し』
- ・労災保険の休業補償給付を受給している場合は、下記の書類を添付してください。
『休業補償給付支給決定通知書の写し』
- ・資格喪失(退職)後の継続給付の初回申請時には、『雇用保険受給期間延長通知書の写し』を添付してください。

<事業主注意事項>

- ・療養のため休んだ期間の『出勤簿』と『賃金台帳』(ともに写し)を添付してください。

傷病手当金(付加金)申請に伴う同意書兼状況報告書

支給決定を行うにあたり調査を行う場合がありますので、以下同意書に記名捺印願います。

申請からお支払いまでには数ヶ月かかることがありますので予めご了承ください。

被保険者記号・番号	—	被保険者氏名	
-----------	---	--------	--

同 意 書

OKK健康保険組合が健康保険法による傷病手当金の支給決定を行うにあたり、下記事項について同意します。
 なお、下記の目的に限り、本紙の写しも有効と認めます。

1. OKK健康保険組合が以前私の加入していた保険者に対し、私にかかる資格及び給付歴・診療記録等の照会を行い、照会を受けた保険者がOKK健康保険組合に対して回答すること。
2. OKK健康保険組合が以前私の受診した医療機関等に対し、傷病手当金にかかる診療内容の照会を行い、照会を受けた医療機関等がOKK健康保険組合に対して回答すること。
3. OKK健康保険組合が現在(または以前に)、私の在職している(在職していた)勤務先等に私の個人情報に関する照会を行い、照会を受けた勤務先がOKK健康保険組合に対して回答すること。
4. 障害年金・老齢年金や労災保険の休業補償給付を受給することとなった場合は、すみやかに報告し、万一、傷病手当金と重複して受給した場合は、受給した傷病手当金を返還すること。

OKK健康保険組合理事長 殿

年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____

入社後 2 年以内に傷病手当金の申請をする方で、以前に被保険者として国民健康保険以外の保険に加入している期間があった方は、以下にご記入ください。(□は、該当する項目にチェックを入れてください。)

以前に加入されていた健保が3つ以上ある場合は、コピーしてご記入ください。	健保名①				<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合
	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会(_____)支部				
	上記健保での被保険者証記号・番号	記号		番号	
	上記健保での被保険者期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	当時の勤務会社名				
	健保名②				<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合
	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会(_____)支部				
	上記健保での被保険者証記号・番号	記号		番号	
	上記健保での被保険者期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	当時の勤務会社名				

【ご注意】以前、他健保(国民健康保険を除く)の被保険者であった期間がある方は、他健保に対して給付に関する照会を行うことがあり、その内容によっては今回ご申請の傷病手当金が不支給になる場合があります。

令和 年 月 日

OKK健康保険組合理事長 殿

〒

被保険者住所

(フリガナ)

被保険者氏名

電話番号

依 頼 書

私の受給する健康保険給付金より支給日現在において私自身が負担すべき下記項目の控除金については健康保険給付金より差し引きの上給付願いたくご依頼申し上げます。

記

1. 健康保険料
2. 厚生年金保険料
3. 共済会費
4. 住民税
5. 生命保険料
6. その他定例の給与からの控除金

以上

銀行

支店 普通預金No.