

ケンポ記入欄	支給決定伺 【初回のみ 傷手満了日:H・R 年 月 日】					
	支給金額	円	支給開始日	H・R 年 月 日	取得	S・H・R 年 月 日
			期間満了日	H・R 年 月 日	喪失	S・H・R 年 月 日
	支給期間	H・R 年 月 日	【支給計算】 日額 支給日数 (法による減額)			
		H・R 年 月 日		円×2/3× 日 - = 円		
	平均標準報酬月額		円			
経伺	常務理事	事務長	課長	担当者	H・R 年 月 日	
				入院期間	H・R 年 月 日	
				療養給付開始	H・R 年 月 日	
				減額	円	

延長傷病手当金付加金請求書 (第 回目)

被保険者証 記号・番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇	事業所(会社)の 名称	大同〇〇株式会社		
被保険者氏名	大同 太郎	生年月日	S・H・R	〇 年 〇 月 〇 日生	
労務に服しなかった期間	H・R 〇 年 〇 月 〇 日～H・R 〇 年 〇 月 〇 日までの 〇 日間				
報酬の有無	上記期間中に報酬を 受けた ・ 受けない (該当に〇印)				
上記期間中に会社から 報酬を受けた場合	H・R 〇 年 〇 月 〇 日～H・R 〇 年 〇 月 〇 日までの〇日間	〇〇〇,〇〇〇 円			
仕事・通勤中 によるもので	ある ・ <u>ない</u>	第三者行為 によるもので	ある <u>ない</u>		
老齢・障害年金または 障害手当金を	受けている ・ <u>受けていない</u> ・ 申請中	受けとった 金額	円		
年金証書の記号番号	*受けている場合は直近の年金振込通知書 (写し)を添付してください				
障害年金または 障害手当金の	傷病名	認定年月日	H・R 年 月 日		
発病または負傷原因	不詳		発病または負傷年月日	H・R 〇 年 〇 月 〇 日	
上記の通り請求致します。	被保険者の住所 〇〇〇				
令和 〇 年 〇 月 〇 日	氏名(自署)及び 印		健保 太郎	健保 (印)	
大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿	TEL 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇				
なお、本請求について照会のため同意が必要な場合に、迅速に支給審査をする為、下記同意書の記載をお願いいたします。					
同意書					
大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿					
健康保険法に基づく私に対する保険給付の支給可否決定に関する調査のため、貴組合が必要とする事項(私の個人情報を含む)について、関係する官公署・医療機関等に対して貴組合が照会・依頼を行い、回答・提供を受けることについて同意いたします。 また、上記照会・依頼にあたり、貴組合が当該機関に対して、必要な範囲内で照会・依頼に関する説明を行うことについて了知します。 なお、本書の写しも有効とします。					
令和 〇 年 〇 月 〇 日		被保険者氏名(自署)		健保 太郎	健保 (印)
*在職者のみ記入	上記金額の受領を		大同〇〇株式会社	に委任します(会社名を記入)	
*以下、退職者のみ記入(任意継続被保険者を除く)					
金融機関および支店名	申請後に退職予定の方は こちらの振込口座を記 入してください				支店
1.普通 2.当座					
フリガナ					
口座名義人					
所属事業所 確認印			社会保険担当部署の印		

【ご注意】添付書類や支給要件等を、事前に大同健保ホームページでご確認のうえ申請してください。

被保険者証 記号・番号	-		被保険者名		
労務に服しな かった期間	H・R 年 月 日～H・R 年 月 日までの 日間 *勤務状況について確認のため、勤怠表(写し)を添付してください				
報酬の有無	上記期間中に報酬を 支払った ・ 支払わない (該当に〇印)				
上記期間中に 会社から報酬を 支払った場合	H・R 年 月 日～H・R 年 月 日までの 日間		円		
	H・R 年 月 日～H・R 年 月 日までの 日間		円		
*支払状況について確認のため、貸金台帳(写し)を添付してください					
給与の種類	月給 ・ 日給 ・ 日給月給 ・ 時間給	賃金計算	締日	日	
	・その他()		支払日	当月 ・ 翌月 日払	
上記の通り相違ないことを証明します。 令和 年 月 日					
事業所所在地 事業所名称					
事業主氏名 (印) TEL					

*被保険者の資格喪失後の請求期間については、事業主の証明は不要です。

傷病名	1.	左記疾病 の初診日	1. H・R 年 月 日
	2.		2. H・R 年 月 日
発病または負傷 年月日	H・R 年 月 日		発病または 負傷原因
労務不能と 認められた期間	H・R 年 月 日～H・R 年 月 日までの 日間		
上記期間のうち 入院期間	H・R 年 月 日～H・R 年 月 日までの 日間		
入院費用の別	健保・自費・公費・その他()	転帰	治癒・繰越・中止・転医
診療実日数	*左記日数が0日の場合、直近に診療した年月日 : H・R 年 月 日		
	*診療実日数0日で労務不能と認められた理由		
診療日を 〇で囲んで ください	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	
	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	
労務不能と認められた期間における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しくお願いします)			
症状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(回復具合・目途等も詳しくお願いします)			
人工透析を実施 または人工臓器 を装着したとき	人工臓器等の種類	ア人工肛門・イ人工関節・ウ人口骨頭・エ心臓ペースメーカー・オ人工透析	
	人工透析を実施または 人工臓器を装着した日	H・R 年 月 日	
上記の通り相違ありません。 令和 年 月 日			
医療機関所在地			
医療機関名 TEL			
医師氏名 (印)			

必ず該当する方のいずれかに記入

大同健保

事業主が記入

医師が記入