傷病手当金請求書は、医師の証明を受けて各社の提出先に申請してください。【障害年金や老齢厚生年金受給者（退職者）は添付書類がありますのでご注意ください】

お願い　→障害厚生年金（障害手当金）を受けている人が同一の傷病で傷病手当金の請求をする際、支給金額の調整がありますので下記1.2.3.4のｺﾋﾟｰを添付してください 。
また老齢厚生年金(退職者)を受給している場合も同様です。**※年金を受給している場合は Ⅰ も記入**

1. 年金証書の両面ｺﾋﾟｰ
2. 年金改定通知書のﾊｶﾞｷの両面ｺﾋﾟｰ
3. 年金振込通知書のﾊｶﾞｷの両面ｺﾋﾟｰ
4. 年金の支払が記載された部分の通帳のｺﾋﾟｰ

※例えば8月に支払われる年金は6月、7月の2ヶ月分です。
この例の場合、6月に休んでいるため、通帳のｺﾋﾟｰは8月に支払われた年金のｺﾋﾟｰとなります。

年金の支払日（偶数月の15日）	支払対象月
2月	12月、1月の2か月分
4月	2月、3月の2か月分
6月	4月、5月の2か月分
8月	6月、7月の2か月分
10月	8月、9月の2か月分
12月	10月、11月の2か月分

〆切は健康保険組合に月末着
（月末が休日の場合、前営業日迄）

各社の提出先

<ｷｯｺｰﾏﾝ各社の提出先>
ｼｪｱｰﾄﾞｾﾝﾀｰ給与G 経由 → 健康保険組合着

<ｷｯｺｰﾏﾝ各社以外の提出先>
各社経由 → 健康保険組合着

住所と氏名を記入

印は、必ず押印してください。

6/11～6/24まで病気で休む場合の記入例　6/11～6/14まで年休　6/15～6/24まで病欠

保険証の記号と番号をご記入ください

6/11～6/14まで　年休
6/15～6/24まで　病欠

病手当・附加金

毎月1回ずつ増加

延長傷病手当附加金　**請　求　書**　（第1回）　所属　人事部

被保険者記入	被保険者証番号	1234	標準報酬月額	記入不要 千円	被保険者の住所	住所　千葉県野田市野田250
	傷病名	Aを転記			氏名及び印	氏名　坂口　憲　坂口　印
	発病又は負傷の年月日	Cを転記		＊給付始期		記入不要
	原因	Bを転記		＊前回給付		記入不要
	労務に服することができなかった期間（年休等も含みます）	平成16年6月11日 から 平成16年6月24日 まで 14 日間 J		上記の期間中において報酬の全部又は一部を受けたとき又は受け得るときはその報酬の額及び期間		平成16年6月11日 から 平成16年6月14日 まで 4日間 年休 2 日使用
	入院した期間があるときは	病院の名称 Hを転記		入院した期間	平成 16 年 6 月 11 日から	
		所在地 Hを転記			平成 16 年 6 月 18 日迄 8日間	

老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか　いいえ・請求中・はい

障害厚生年金または障害手当金を受給していますか　いいえ・請求中・はい

障害厚生年金または障害手当金の受給の原因となった傷病名

年休・積立休暇等を使った時はその期間を記入（土・日含む）

実際に使用した年休または積立休暇数を記入（土・日は含ま

Ⅰ

事業主証明	労務に服しなかった期間及びその期間中において報酬の全部、又は一部を支給し、又は支給すべきものであるときはその額	平成16年6月11日 から 平成16年6月24日 まで 14 日間 J 円	事業主の住所・氏名及び印	千葉県野田市野田250番地 キッコーマン株式会社 印

保険医の意見	傷病名 A		発病又は負傷の原因 B		保険医の住所氏名及び印
	発病又は負傷の年月日 C	年 月 日	療養給付を開始した年月日 D	年 月 日	左記のとおり相違ありません。 H 千葉県野田市野田25 ○○病院 医師 坂口 憲 坂口 印
	労務不能と認めた期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間 E	診療実日数	F 日間	
	傷病の主症状及び経過概要 G				
	支給決定上の参考事項				

＜保険医の意見の欄について＞
A～Hまで必ず医師に記入してもらってください。

病院の所在地・病院名・医師名、印の確認をお願いします

被保険者記入欄のＪについての注意事項

被保険者記入欄の労務に服することができなかった期間（J）は、休み始めに年休・積立休暇等利用した場合、年休・積立休暇から土・日含む期間をご記入下さい。

保険医の証明を受けたときに確認していただきたい事

保険医の意見の労務不能と認めた期間（E）と被保険者記入欄の労務に服することができなかった期間（J）が同じになっていることをご確認ください。