傷病手当金・傷病手当付加金請求書【　　回目】

本人記入欄

※　HOYA健保加入日が令和2年7月2日以降の方で新規申請の方は、本人同意書を添付してください。

記号		番号		業務の種別		備考					
氏名	（氏）		（名）		生年月日	昭和 平成	年	月	日		
住所	〒　　－										
					電話	－　　－					
発病又は負傷の年月日		令和	年	月	日	傷病名		発病又は 負傷の原因			
労務に服することが 出来なかった期間	自	令和	年	月	日	日間	￥ 上記の通り報酬金を受けた(報酬金がうけられる)				
	至	令和	年	月	日						
上記の期間中において給与を受けている額及び期間	自	令和	年	月	日	日間					
	至	令和	年	月	日						

	下記該当するところに ☑ をしてください。		
「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか	□ はい	□ 請求中	□ いいえ
労災保険から「休業補償給付」を受給していますか	□ はい	□ 請求中	□ いいえ
雇用保険から「失業給付等」を受給していますか	□ はい	□ 請求中	□ いいえ
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	□ はい	□ 請求中	□ いいえ

＝＝＝上記の給付や報酬を受給している場合は、傷病手当金の停止または返金となることがあります。＝＝＝

振込先指定口座	公金受取口座 （利用する場合は、右の □ に☑をしてください。）	□	第1回目の申請：　マイナポータル等で登録した公金受取口座を利用します。 （利用しない場合は、下記に振込口座情報をご記入ください。）
		□	第2回目以降の申請：　公金受取口座は前回と相違ありません。
		□	第2回目以降の申請：　公金受取口座を変更しました。(変更した場合は、下記振込先にもご記入ください)

振込先口座	申請者 OR 代理人 (事業主以外)	（金融コード）　銀行	（支店コード）　支店		
		普通	口座名義 （カタカナ）		

HOYA健康保険組合理事長　殿　　上記によって請求します。　　令和　　年　　月　　日

私は、事業主を代理人と定め、この請求に基づく給付金の受領を委任します。

委任状	事業主	事業主名			
		（金融コード）　銀行	（支店コード）　支店		
		普通	口座名義 （カタカナ）		

※振込先指定口座と委任状、両方に記載されている場合は、委任状の事業主の口座に振込みます。

※本届出に記入された個人情報は、当健康保険組合個人情報保護方針に定める事業にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考へ記載し、マイナンバーを確認できるものを添付してください。

□　保険者（HOYA健康保険組合）が、給付の支給決定に関して必要があると認めたときは、
事業所・産業医・官公庁等へ照会を行なうことに同意します。

同意する方は、上のチェックボックスにチェックを入れてください。

＊不同意の場合は、給付されない可能性がありますのでご注意ください。

事業主提出用

被保険者記入欄	記号	番号	氏名	（氏）	（名）

労務に服することが出来なかった期間							
自	令和	年	月	日	日間		
至	令和	年	月	日			

事業主記入欄

上記の期間中において給与を支給している額および期間								
全額支給した期間	自	令和	年	月	日	日間	（1日につき　円）　円
	至	令和	年	月	日		
一部支給した期間	自	令和	年	月	日	日間	（1日につき　円）　円
	至	令和	年	月	日		
一部支給した期間	自	令和	年	月	日	日間	（1日につき　円）　円
	至	令和	年	月	日		
支給なしの期間	自	令和	年	月	日	日間	（1日につき　円）　円
	至	令和	年	月	日		

特記事項

上記の通り報酬を支給したこと（支給すべきものであること）を証明する。

令和　　年　　月　　日

事業主の名称

代表者氏名　　㊞

令和5年11月1日現在

傷病手当金に関する意見書

令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日までに

傷病により労務に服することができなかった期間についてご意見をお願いいたします。

＜お願い＞　傷病手当金に関する意見書は、密封し被保険者へお渡しください。

被保険者記入欄	記号	番号	☐ 保険者（HOYA健康保険組合）が、給付の支給決定に関して必要があると認めたときは、医師等へ照会を行なうことに同意します。 同意する方は、上のチェックボックスにチェックを入れてください。　＊不同意の場合は、給付されない可能性がありますのでご注意ください。					
	氏　名	（氏）	（名）	生年月日	昭和 平成	年	月	日

医師の意見書											
	傷病名					発病又は負傷の原因					
	発病又は負傷の年月日	令和	年	月	日	療養給付を開始した年月日	令和	年	月	日	
	労務不能と認めた期間	令和	年	月	日	～	年	月	日		
	診療実日数	日間									
	＊診療実日数が0日の場合は、下記にその理由も記入してください。										
	傷病の主症状および経過概要	上記期間中の「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しくご記入ください）									
		症状の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 （診療実日数が0日の場合）労務不能と認められた理由									
	支給決定の参考事項	入院	令和	年	月	日	転帰	治癒　中止　繰越　死亡			
		退院	令和	年	月	日					

HOYA健康保険組合理事長　殿

上記のとおり相違ありません。

令和　　年　　月　　日

医 師　住所

氏名

電話番号　　（　　）

同　意　書

HOYA健康保険組合理事長殿

健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、HOYA健康保険組合が私の以前加入していた保険者に給付記録等の照会を行うことに同意します。

・以前加入していた健保名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・当時の保険証の記号・番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※記号・番号が不明の場合は会社名・在籍期間を記入して下さい※

・在籍していた会社名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・在籍期間 年　月　日 ～　年　月　日

令和　年　月　日

保険証記号番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

被保険者氏名 （旧性） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿