

## 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		業務の種類		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
		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 <input checked="" type="checkbox"/> 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				<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> 請求中	
労災保険から「休業補償給付」を受給していますか				<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> 請求中	
雇用保険から「失業給付等」を受給していますか				<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> 請求中	
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				<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> 請求中	
=== 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 <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。)		<input type="checkbox"/> 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。)				
			<input type="checkbox"/> 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。				
			<input type="checkbox"/> 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)	銀行 (金融コード)		支店 (支店コード)		
		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	事業主名						
	事業主		銀行 (金融コード)		支店 (支店コード)		
			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るときは、 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。
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【追加の添付書類について】年金受給予定の方は、その旨を申請時にご連絡下さい。

また、受給されている場合は、年金証書の写しと、年金額改定通知証の写しを必ず添付してください。