

## 傷病手当金・傷病手当金付加金請求書【 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、転職回数分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 (自署)	(氏名) ※エクセルで入力した場合、手書きで署名してください		生年月日
住所	〒 -		昭和 平成
発病又は負傷の年月日	令和	年	月
傷病名	発病又は 負傷の原因		日
労務に服することが 出来なかった期間	自	令和	年
	至	令和	年
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
	至	令和	年
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
	至	令和	年
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 ※1	はい	病名	請求中
労災保険から「休業補償給付」を受給していますか	はい	いつからですか	令和 年 月 日
雇用保険から「失業給付等」を受給していますか	はい	いつからですか	令和 年 月 日
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	いつからですか	令和 年 月 日
=== 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	前回と同じ		直近2ヶ月以内に同じ口座へ振り込みの方は前回と同じに○をしてください。(口座記入不要です)
	公金口座の場合は ○をして下さい。	申請者 OR 代理人 (事業主以外)	銀行
	公金口座	普通	口座名義 (カタカナ)
支店			
(金融機関コード)			
(支店コード)			
1回目は必ず振込先をご記入ください。			
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	支店	
		(金融コード)	(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。

<input type="checkbox"/>	<p>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、</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>* 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。</p>
--------------------------	---

※1【追加の添付書類について】年金受給予定の方は、病名も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。

事業主提出用

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番号	氏名				(氏名) ※エクセルで入力した場合、手書きで署名してください	
	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出勤した日 (遅刻早退含む)	①出勤した日 (遅刻早退含む)					日間	備考	
	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	①以外で全額支給した期間 (有給休暇等)	自	令和	年	月	日	日間	(1日につき 円 円)
			至	令和	年	月	日		
		①以外で一部支給した期間 (確定拠出年金・交通費等)	自	令和	年	月	日	日間	(1日につき 円 円)
			至	令和	年	月	日		
	①以外で支給なしの期間 (支給無しは0を記入してください)	自	令和	年	月	日	日間	(1日につき 円 円)	
		至	令和	年	月	日			
	労務に服することが出来なかった申請期間 合計日数						日間		
	《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									

担当印	
-----	--



# 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

健康保険の記号番号 \_\_\_\_\_

被保険者住所 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ 印

(自署の場合は捺印省略可)

被保険者氏名 (旧性) \_\_\_\_\_