

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	事務、営業、製造、研究開発等			備考									
発病又は負傷の年月日				令和	*	年	*	月	*	日	傷病名	〇〇〇〇	発病又は負傷の原因	〇〇〇〇			
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			￥ **** ** 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							
下記該当するところに〇をしてください。																	
「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		<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	〇〇〇〇			銀行	〇〇〇〇			支店						
		OR	(金融コード) ***			(支店コード) ***											
		代理人	普通	*****			口座名義(カタカナ)	〇〇〇〇〇〇〇〇〇									
氏名	(氏)	〇〇〇			(名)	〇〇〇			生年月日	昭和	*	年	*	月	*	日	
住所	〒 **** - ****										電話	*** - **** - ****					
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、代理人と定め、令和 年 月 日に請求した、傷病手当金の受領方を委任します。

委任状	代理人	氏名	代理人が受け取る場合は、ご記入ください。									
		住所										

※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。

【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。