

傷病手当（付加）金請求書

(第 回)

T-I-S インテックグループ健康保険組合

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 被保険者の 記号と番号	記号		番号		(2) 被保険者氏名 (生年月日)	(S・H 年 月 日生)							
	(3) 被保険者の 現住所	〒												
	(4) 被保険者の電話番号						(5) メールアドレス							
	(6) 事業所の名称						(7) 被保険者の 資格取得年月日	昭・平・令	年	月	日			
	(8) 被保険者の 業務の種別						(9) 発病または 負傷の年月日	昭・平・令	年	月	日			
	(10) 傷 病 名						(11) 発病または 負傷の原因							
		第三者行為によるもの / はい ・ いいえ												
	(12) 疾病または負傷の 療養をするために 休んだ期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間 (暦日数)												
	(13) 請求期間 (12) の療養状況等	(病状等を詳しく記入してください)												
		(治療・通院・服薬状況について記入してください)												
	(14) 「障害厚生年金」 または 「障害手当金」 の受給について	1. 受給中 2. 請求中 3. な し		1 または 2 の場合 (注)	①年金種別	障害厚生年金 ・ 障害手当金								
					②傷病名									
					③支給開始年月日	平成・令和	年	月	日					
					④年金額	円								
					(注) 国民・厚生年金証書のコピー、直近の年金振込通知書のコピーを添付してください。									
	(15) 労災保険から 休業補償給付を 受けていますか	1. はい 2. 労災申請中 (予定) 3. いいえ		1 または 2 の場合	申請先の労働基準監督署		労働基準監督署							
	(16)	☐ 本請求書の提出を事業主へ委任し、健康保険組合が審査結果を事業主に通知することに同意します。 令和 年 月 日												
(17) 振込先選択欄 ※希望する振込先に ☒ をご記入ください														
☐ 被保険者（請求者）の個人口座への振込 → (18)に振込先を記入してください。														
☐ 私が勤務する会社（事業主）の口座への振込 → 委任欄の被保険者欄に住所・氏名を記入してください。														
委任欄		私は、請求した傷病手当金・付加金の受領に関する権限を代理人へ委任します。												
被保険者						代理人								
住所						住所								
氏名						氏名								
(18) 振込先 (委任払の場合は 事業主が記入)	銀行名					口座番号	1.普通	2.当座						
	支店名					名 義 (加付)								

備考欄

受付日付印

