

受 付 印

処 理 印

常務理事	事務長	係	係

健康保険 傷病手当金・傷病手当金付加金申請書

ファイザー健康保険組合理事長 殿

提出日：和暦

年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等 記号・番号	② 被保険者の氏名			
	③ 被保険者の 業務の種類	事務	営業	製造	その他 ()
	④ 被保険者 の住所等	〒 () 連絡の取れる電話番号： ()			
	⑤ 傷病名と 発病・負傷 した状況	傷病名：	発病や負傷した年月日：和暦 年 月 日		
		状況：	それは第三者によるものですか： いいえ はい *「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」の提出をお願いします。		
	⑥ 療養のため休んだ期間（申請期間）	和暦 年 月 日 ~ 年 月 日 日間			
	⑦ 申請期間の報酬について	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 今後受ける <input type="checkbox"/> 受けない			
	⑧ 障害厚生年金・または障害手当金、または老齢厚生年金について	<input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 老齢厚生年金			
	⑨ 上記で「はい」または「請求中」と答えた場合 受給の要因となった（なる）傷病名について				
	⑩ 上記で「はい」または「請求中」と答えた場合は 基礎年金番号・年金コード・支給開始年月日・年金額 について	基礎年金番号	年金コード		
		支給開始年月日		年金額	
		和暦 年 月 日	円		
	⑪ 労災保険の休業補償給付の受給について	<input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 労災請求中 <input type="checkbox"/> 受給していない			
	⑫ 上記で「受給している」または「労災請求中」と答えた 場合支給元または請求先の労働基準監督署について	労働基準監督署			
	⑬ 介護保険のサービスを受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名称	
⑭ 他の健康保険で傷病手当金受給に ついて	<input type="checkbox"/> 受給したことはない <input type="checkbox"/> 受給したことがある				
	傷病名：	健康保険者名：			
⑮ 関係諸機関に照会することへの同意（*初回傷病手当金申請時にご記入ください）					
<p>ファイザー健康保険組合 理事長殿</p> <p>私は、貴組合が傷病手当金の今後の支給を確認するため関係諸機関に照会することに同意いたします。なお、本書の写しも有効といたします。</p> <p style="text-align: right;">和暦 年 月 日</p> <p>氏名 _____ (自署)</p> <p>ファイザー健康保険組合では、関係諸機関から得た情報を傷病手当金支給の目的以外には利用いたしません。</p>					

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	⑩振込先の指定				
	<input type="checkbox"/> 給与振込 → (A)の被保険者欄に記入をお願いします。				
	<input type="checkbox"/> 代理人振込 → (A)と(B)に記入をお願いします。				
	(A).本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 和暦 年 月 日				
	委任状				
	被保険者 氏名:		住所:		
	代理人 氏名:		連絡先		
	<input type="checkbox"/> 被保険者の指定口座 → (B)に記入をお願いします。				
	(B)	金融機関名(ゆうちょ銀行を除く)	支店名	預金種別	口座番号
	振込口座	(フリガナ)		普通	
口座名義					

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算の勤務状況および賃金支払い状況等について				
事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑪ 労務に服さなかった期間	和暦 年 月 日～ 年 月 日 日間		
	⑫ 上記の期間中の分として支払う報酬関係			
	(A) 全額もしくは一部支給する場合	和暦 年 月 日～ 年 月 日 日間 金 円 (月 日支払) 日額 金 円		
	(B) 現在までも又、将来も支給しない場合は、その旨			
	⑬ 上記のとおり相違ないことを証明します。 和暦 年 月 日			
住所		電話番号 ()		
事業主 氏名				

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を 聞 く と こ ろ	⑳ 傷病名	㉑ その原因	㉒ 発病又は負傷の年月日	和暦 年 月 日	
	㉓ 療養の給付を開始した年月日	和暦 年 月 日	㉔ 労務不能と認めた期間	和暦 年 月 日～ 和暦 年 月 日 日間	
	㉕ 診療実日数 日間				
	㉖ 労務不能と認めた期間における傷病の主症状・治療内容・検査結果・療養指導など(出来る限り詳細に)				
	㉗ 症状経過から労務不能と認めた医学的な所見				
	㉘ 上記のとおり相違ありません。 和暦 年 月 日				
	住所(所在地)		電話番号 ()		
医師 医療機関名 氏名					