

受付印

(延長) 傷病手当金 請求書
傷病手当付加金

(第 回)

◎申請書・添付書類の裏紙印刷及び写メ印刷は不可。消せるボールペンで記入した場合は書き直しをしていただきます。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 の記号・番号		被保険者の 氏 名	自署の場合は捺印省略可 印		
	傷 病 名		発病または 負傷の年月日	平成 令和	年 月 日	
	労務に服する ことができなかった期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	具 体 的 な 業 務 内 容 (詳しく記入)		
	発病または 負傷の原因 (詳しく記入)			→「負傷」の場合 は第三者による 傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	→「はい」の場合は「第三者による傷病届」、 「いいえ」の場合は「負傷原因届」を提出
	障害厚生年金 障害手当金 の受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 →「有」の場合は「年金証書(写)」を添付		→「有」、「申請中」 場合はその傷病名 と基礎年金番号(コード)	傷病名:	年金番号(コード):
	老齢厚生年金 の受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 →「有」の場合は「年金証書(写)」を添付		労災保険の休業 補償給付の受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	()労働基準監督署
上記のとおり請求します。ただし、給付金の受領を下記の事業主に委任します。						
令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名 電話 ()						

事 業 主 証 明 欄	労務に 服さなかつ た期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	資格取得日	平成 令和	年 月 日
				資格喪失日	令和	年 月 日 ※
	上記期間中の報酬について	全額支給 した期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	合計	円
		一部支給 した期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	合計	円
		支給なし の期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間		
	特記事項					
上記のとおり相違ないことを証明します。						
【証明日】 令和 年 月 日						
所在地 事業主 氏名						

キリンビール健康保険組合御中

※資格喪失後請求の場合に添付 (すべて写しで可)	1. 離職票 2. 雇用保険延長通知	◆キリン健保に未加入の場合は、下記の書類も必要です。 ①現在加入の保険証 ②上記期間に受診した領収明細書(病院・薬局)
-----------------------------	-----------------------	--

備考欄	
-----	--

調査印	
-----	--

◇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、備考欄へ記載してください。
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
・亡くなった方に関する申請は、マイナンバーではなく、被保険者証の記号番号で申請してください。
◇代筆された場合は印欄に捺印してください。訂正した箇所には訂正印を押印してください。

療養を担当した医師が意見を書くところ	患者氏名																												
	傷病名	(1)	療養の 給付開始 年月日	(1)	年	月	日																						
		(2)		(2)	年	月	日																						
		(3)		(3)	年	月	日																						
	発病または 負傷の年月日	平成 令和	年	月	日																								
	発病または 負傷の原因																												
	労務不能と 認められた期間	自 令和	年	月	日	日間	費用の別	健保・自費・公費()																					
		至 令和	年	月	日		転 帰	治癒・繰越・中止・転医																					
	上記のうち 入院期間	自 令和	年	月	日	日間 入院	手術年月日	令和 年 月 日																					
		至 令和	年	月	日		退院年月日	令和 年 月 日																					
診療実日数	診療日を ○で 囲んで ください	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																										
※実日数が0日の 場合は下記にその 理由も記載してくだ さい。		月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																										
日		月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																										
上記期間中の「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しくご記入ください）																													
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																													
人工透析を実施 または人工腎臓 を装着したとき	人工透析の実施または 人工腎臓を装着した日	令和	年	月	日	人工腎臓等 の 種 類	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他()																						
上記のとおり相違ありません。																													
令和 年 月 日																													
医療機関の名称 医療機関の所在地 医師の氏名 電 話 ()																													