受付印

（延長）傷病手当金 傷病手当付加金 請求書

（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の記入は不可、書き直してください。

被保険者記入欄

被保険者等記号・番号		被保険者の氏名	自署の場合は捺印省略可 ㊞
↑ 記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入 ⇒			ー　ー
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	□はい　□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	□有　□無　□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	□有　□無　□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	□有　□無　□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

労務に服さなかった期間	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 として（日額　円）	
上記期間中の報酬について：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 として（日額　円）	
上記期間中の報酬について：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	◆資格喪失後、キリン健保に未加入の場合は、下記の書類も必要です。 ①上記期間に受診した領収明細書（病院・薬局）

備考欄

調査印

◇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。

のりづけ

療養担当者が意見を記入するところ

患者氏名			
傷病名	(1) (2) (3)	療養の給付開始年月日	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (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			
労務不能と認めた期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間	費用の別	健保・自費・公費( )
		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 至 令和 年 月 日 入院	手術年月日	令和 年 月 日
		退院年月日	令和 年 月 日

診療実日数 ※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。	日	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
			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
			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

上記の期間中における「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	□人工肛門 □人工関節 □人工骨頭 □心臓ペースメーカー □人工透析 □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 ( )

キリンビール健康保険組合

2025.4