傷病手当金（付加金）・延長傷病手当金付加金　請求書　（第　1　回）

※傷病名が外傷の場合は「傷病原因届」を添付してください

被保険者記入欄

被保険者等	記号 1	番号 123456	被保険者氏名	健保　太郎	
事業所名・所属	株式会社IHI （所属）総務部　総務課		生年月日	（和暦）平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	
被保険者の居所住所	〒 100 － 1111 東京都江東区豊洲○丁目○番○号　Kマンション○○号室		TEL		
傷病名※	右大腿骨骨折	労務不能のため休んだ期間	（和暦）令和○○ 年 ○○ 月 ○○ 日から 令和○○ 年 ○○ 月 ○○ 日まで	○○ 日間	
各種年金・障害手当金受給の有無	□ なし ☑ あり □ 請求中	種別 □ 障害年金 □ 障害手当金 □ 老齢年金	受給金額	年額 780,000 円	
			受給対象の傷病名	障害年金・障害手当金受給の場合に記入 慢性腎不全	
			受給開始年月日	（和暦）令和○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	
委任欄	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主（代理人）に委任します。 （和暦）令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	被保険者氏名	健保　太郎		
備考欄		被保険者等の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。（個人番号を記載した場合は、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。）**※記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。**			

担当医師の意見記入欄

傷病名	右大腿骨骨折	発病または負傷の原因	自宅の階段で転倒
発病または負傷年月日	（和暦）令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	療養の給付を開始した年月日	（和暦）令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
労務不能と認めた期間	（和暦）令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日から 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日まで　○○ 日間	左記の期間中の診療実日数	○○ 日間
入院した期間	（和暦）令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 ～ 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日　○○ 日間		
傷病の主症状および経過概要	救急車にて搬送。術後ギプス固定を行ない現在入院中。		

上記のとおり相違ありません。　証明日（和暦）令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

医療機関の所在地　東京都中央区○○町○○丁目○○番地

医療機関の名称　○○○○病院

医師の氏名　○○　○○○　　電話番号　○○－○○○○－○○○○

事業主証明欄

労務に服さなかった期間	（和暦）令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日から 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日まで　○○ 日間	左記の期間中報酬の全額を支給した期間	（和暦）令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日から 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日まで　○○ 日間
給与体系	□ 月給制　☑ 日給月給制　□ 日給制　□ 時給制	事業主証明時点で復職してる場合は復職日を記入	（和暦）令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
その他（各種手当等）	（和暦）　年　月　日から 年　月　日まで　日間 日額　円・支給額　円		（和暦）　年　月　日から 年　月　日まで　日間 出勤・（半休　支給額　円）

上記のとおり証明します。　証明日（和暦）令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

事業所所在地　東京都江東区豊洲三丁目1番1号

事業所名称　株式会社ＩＨＩ

事業主氏名　○○　○○

電話番号　○○－○○○○－○○○○

受付日付印

ＩＨＩグループ健康保険組合　2024.12

＊1回目の申請の方は裏面に続く⇒⇒⇒

＊1回目の申請の方は、以下をお読みいただき、ご記入をお願いします。

BCP（事業継続計画）対応について

・在職者の方は、通常は事業主経由でお支払いしますが、できない事態に備え下欄に口座情報を記入してください（被保険者本人名義の口座に限る）。
・ご記入いただいた口座情報は給付金を支給するためだけに使用します。

振込先記入欄																
	銀行コード	0	0	0	1	支店コード	0	0	0	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	みずほ					レ 銀行	農協		豊洲		本店	種別	レ 普通			
						信金	信組				レ 支店		当座			
	フリガナ	ケンポ　タロウ														
	名義人	健保　太郎														

現金給付記録の照会に関する同意について

・傷病手当金の申請に伴い、傷病手当金受給歴の証明が必要となるため、以前加入していた健康保険組合等に、ＩＨＩグループ健康保険組合が照会することに同意します。

・以前加入していた健康保険組合等から、ＩＨＩグループ健康保険組合に回答することに対しても同意します。

・本同意書は写しも有効とします。

（※ＩＨＩグループ健康保険組合加入前の健康保険等〈遡り1年前の加入状況〉）

項目	ご記入欄	2か所目があればご記入ください
名称	○○○○健康保険組合	
電話番号	○○－○○○○－○○○○	
健康保険等の記号・番号（不明であれば空欄可）	記号○○一番号○○○○	
区分（該当に○）	(本人)・家族	本人・家族
加入期間	(和暦) 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 から (和暦) 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 まで	(和暦) 年 月 日 から (和暦) 年 月 日 まで

(和暦) 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

記号・番号	記号○○－番号○○○○○
被保険者居所住所	〒１００－１１１１ 東京都江東区豊洲○丁目○番○号　Ｋマンション○○号室
被保険者氏名	健保　太郎