

(経路)所属事業所社会保険担当  
→愛三工業健康保険組合  
平成 年 月 日

傷病手当金請求書  
延長傷病手当付加金請求書

受 付 印	
健保組合	事業所

C	60	整理	組合記入						
/	—	理							
#	61	No.							

常務理事					
------	--	--	--	--	--

あなたが記入するところ	社員番号	所属事業所	愛三工業(株) 愛三工業労組 愛協産業(株) ACS(株) 愛三熊本(株)	被保険者氏名	(印)	
	被保険者証記号	所属部署	本社 安城工場 豊田工場 その他	自宅住所	〒	
	傷病名	休業期間	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで		
	発病年月日	1. 入院あり 2. 入院なし	被扶養者の状況	1. 被扶養者あり 2. 被扶養者なし		
	休業期間中の入院	負傷は第三者行為(相手あり)によるものですか	1. はい 2. いいえ			
	発病(負傷)の原因	負傷は勤務上・通勤途上によるものですか	1. はい 2. いいえ			
	国の年金支給を受けていますか	1. はい (国民年金・厚生年金の年金額決定通知書等で、年金額の確認ができる書類を添付してください) 2. いいえ				
	傷病名	病気の経過	平成 年 月 日	1. 治ゆ 2. 死亡 3. 転医 4. 中止 5. 治療中		
	労務不能と認めた期間	そのうち入院した期間	療養給付開始年月日			
	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	平成 年 月 日	労務不能と認めた期間中の診療実日数 日		
症状・経過の概要		平成 年 月 日	住所			
		名称				
		医師名		(印)		
		電話				
請求No.	記号	番号	請求回数	入院	経過	傷病コード
資格取得年月日	年 月 日	支給開始年月日	平成 年 月 日			
資格喪失年月日	平成 年 月 日	支給決定年月日	平成 年 月 日			
支給区分	支給決定期間	日数	支給金額			
銀行振込	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日				円

労務不能期間の表示は 欠勤○ 出勤× 有給△ 会社休日(赤で○)でお願いします。

事業	労務に服さなかった期間		左のうち		標準報酬月額	給料の種類	
	自 至		待期その他の		千円	・日給月給 ・日給・月給	
	年 月 日	年 月 日	日数	日数 有給日数			
					支給日額	備考	
					円		
	月	※待期期間が前月にまたがった場合に記入		月 間 諸 手 当		支 払 金 額	
	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					
組合記入	支給開始	年 月 日	3分の2	日数	60% 支給	控除金額	
						円	
労務に服さなかった期間		左のうち		標準報酬月額	給料の種類		
自 至		待期その他の		千円	・日給月給 ・日給・月給		
年 月 日	年 月 日	日数	日数 有給日数				
				支給日額	備考		
				円			
月	月 間 諸 手 当		支 払 金 額				
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					
組合記入	支給開始	年 月 日	3分の2	日数	60% 支給	控除金額	
						円	
労務に服さなかった期間		左のうち		標準報酬月額	給料の種類		
自 至		待期その他の		千円	・日給月給 ・日給・月給		
年 月 日	年 月 日	日数	日数 有給日数				
				支給日額	備考		
				円			
月	月 間 諸 手 当		支 払 金 額				
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					
組合記入	支給開始	年 月 日	3分の2	日数	60% 支給	控除金額	
						円	
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日							
事業主の所在地				記載者氏名			
				(印)			
名称				(印)			
氏名				(印)			

※健保からの給付金は、給与の振込口座に振込みをさせていただきますので、ご了承ください。  
支給時には給付金支給決定通知書を送付させていただきますので、ご確認ください。