

支給 金額	円	法定 給付 日額	円	資格取得	年 月 日	常務理事	事務長	検印		
				資格喪失	令 年 月 日					
支給 期間	自 令 年 月 日	回数		支給開始日	令 年 月 日	担当者				
	至 令 年 月 日			前回最終日	令 年 月 日					
概要	一部不支給・差額支給			支払通知日	令 年 月 日					

傷病手当金請求書(2枚一組)

2-1

## 資格喪失後の継続給付 傷病手当金請求書(第 回)

※本請求書は2枚一組になります。必ず2枚一組で提出して下さい。

被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	記号・番号	491 — 493	発病又は負傷した 年月日	平・令 年 月 日	午前 午後	時 分 頃	
	発病又は負傷 の原因						
	傷病手当金 請求期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間					
	医療機関に 入院したとき	医療機関名					
		上記所在地					
		入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間				
	振込口座	※ あらかじめ届出されている口座に振込いたします。					
		上記のとおり請求します。 令和 年 月 日					
		京都中央信用金庫健康保険組合 御中					
		被保険者 住 所 氏 名					

京都中央信用金庫健康保険組合

療養担当医師の意見欄	患者氏名				
	傷病名	発病又は負傷の原因			
	発病又は負傷の年月日	平・令 年 月 日	診療開始年月日	平・令 年 月 日	
	労務不能と認めた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	左記期間の診療実日数	日間
		うち入院した期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間
	○労務不能と認めた期間中における主たる症状及び経過等、できるだけ詳しくご記入願います。 (別紙にご記入のうえ、添付いただいても構いません。)				
•傷病の状態等  •治療状況、療養指導等  •症状の経過からみて、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  •就労可能時期について <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃 <input type="checkbox"/> 現段階では未定      (□に✓をお願いします。) (その理由)					
上記のとおり相違ありません。      令和 年 月 日 医師 住 所 氏 名 TEL ( )					

## 《療養担当医師の方へのお願い》

- ご記入いただいた内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容とサイン(フルネーム)をご記入願います。
- 傷病手当金支給決定の判断に必要な場合は、再度、文書にて照会させていただくことがあります。

## 資格喪失後の継続給付 傷病手当金請求書 申請時の留意点

1. 被保険者の資格を喪失した日の前日まで引き続き1年以上被保険者(任意継続被保険者又は共済組合の組合員である被保険者を除く)であった方であって、その資格を喪失した際に傷病手当金の支給を受けている方は、被保険者として受けることができるはずであった期間、継続してその給付を受けることができます。
2. 本請求書は2枚一組になります。必ず2枚一組で提出してください。  
「療養担当医師の意見欄」は、医師に記入を依頼してください。
3. 傷病手当金の支給期間は、支給を開始した日から通算して1年6ヵ月です。  
その間、同一の病気や負傷について、引き続き請求するときは、標題に何回目かを記載してください。
4. 記入された内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

令和 年 月 日

## 資格喪失後の継続給付 傷病手当金請求に伴う現状報告書

京都中央信用金庫健康保険組合 御中

住 所	〒
電 話	
氏 名	

・現在の症状と生活状況をご記入ください。

（記入欄）

・通院以外の外出は、どの程度されていますか。

（記入欄）

・現在の治療状況（通院の状況、治療内容等）をご記入ください。

（記入欄）

・今後の受診・治療予定についてご記入ください。

（記入欄）

・ハローワークに求職の申し込みをしていますか。

（ ）している。 → 現在の状況についてご記入ください。（ ）

（ ）していない。

（ ）受給延長中である。（手続中を含む）

①本件傷病手当金を請求するに至った疾病に対する「障害厚生年金」、「障害手当金」を受給していますか。

（ ）受給している。 → （ ）障害厚生年金 ・ （ ）障害手当金

（ ）受給していない。

②「老齢」または「退職」を事由とする公的年金を受給していますか。

（ ）受給している。 （ ）受給していない。

※上記①②について、受給している場合は、詳細をご記入ください。

（記入欄）

※ 正確かつ出来る限り、具体的にご記入ください。

令和 年 月 日

京都中央信用金庫健康保険組合 御中

## 同 意 書

私が貴組合に申請する「傷病手当金請求書」について、貴組合が支給審査を行うに際し必要とする医療情報を、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。

以 上

記号・番号

---

住 所

---

被保険者  
氏 名

---

R6.12.2