

支給 金額		法定 給付 日額		資格取得	年 月 日
	円		円	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
	至 令 年 月 日				
概要	一部不支給・差額支給			前回最終日	令 年 月 日
				支払通知日	令 年 月 日

常務理事	事務長	検 印
担 当 者		

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 険 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 時 分 頃 午後
	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					

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	日間		左記期間の診療実日数	日間		
		令和		年	月	日	まで						
		うち入院した期間	令和		年	月	日	から	令和	年	月	日	まで
<p>○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。)</p> <p>・傷病の状態等</p> <p>・治療状況、療養指導等</p> <p>・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</p> <p>・就労可能時期について</p> <p><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。)</p> <p>(その理由)</p>													
<p>上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日</p> <p>医師 住所</p> <p>氏 名</p> <p>TEL ()</p>													

《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	

[illegible]

※ 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