

傷病手当金/傷病手当金付加金請求書 延長傷病手当金付加金請求書

(注) 記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれかでご確認ください。 ※下記の該当する番号を○で囲んでください。

同意書 被保険者が記入するところ 申請内容 確認事項
アイシン健康保険組合理事長殿
健康保険 記号・番号 記号: 1 番号: 1234567 記入日 令和 7 年 4 月 1 日
会社名 株式会社アイシン
被保険者 氏名 健保 太郎
連絡先 〒 444-1234 愛知 安城 三河安城 3-2 安城マンション●●●号
自宅Tel 0566-99-9999 携帯Tel 090-1234-1234
① 現在の状況 1. 在職 又は休職中
② 申請期間 令和 7 年 2 月 1 日から 令和 7 年 3 月 18 日まで
③ 仕事の内容 ライン作業、組み付け
④ 傷病名 1) 不眠症
⑤ 発病負傷年月日 1. 平成 年 月 日 もしくは 2. 令和 6 年 12 月ごろ
⑥-1 負傷の原因 1. 業務量負荷・業務不適合・人間関係
⑥-2 労働基準監督署からの労働災害、通勤災害の認定を受けていますか
⑦ 傷病の原因は第三者の行為によるものですか 1. はい 2. いいえ
⑧ 障害厚生年金、障害手当金について
⑧-1 老齢年金等について
⑧-2 休業補償給付について

◆労務に服することができなかった期間を含む勤務状況、及び賃金支払状況等をご記入ください。
資格区分 □ 管理職(課長以上) □ 一般 □ 時給制 退職状況 令和 年 月 日 [退社・退社予定]
◆勤怠状況: 医師意見書欄記載の『労務不能であったと認めた期間』の勤務状況
出勤: ○ 会社休日: ×
病欠、欠勤: / 有給(半給): △
公休(給与有): △ 公休(給与無): /
◆給与支払状況: 『労務不能であったと認めた期間』に賃金を支給しました(します)か?
① 上記期間全て支給無
② 月によって支給有 ⇒ ③へ
A()月分 支給無 全額支給
B()月分 支給無 全額支給
C()月分 支給無 全額支給
事業主が証明するところ
事業所所在地 令和 年 月 日
事業所名称
代表者
健康保険組合記入欄
手当日額: 月の合計額 ÷ 30
控除期間
控除日額

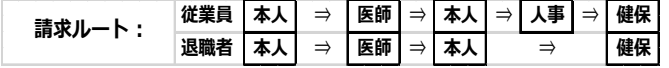
③ 事業所に証明

患者氏名	医療機関の名称、所在地は必ずコム印を使用してください 訂正した場合、必ず医師の訂正印を押してください。																															
傷病名と 診療開始日	1)	昭	平	令	年	月	日																									
	2)	昭	平	令	年	月	日																									
発病又は 負傷の原因	診療実日数が0日間もしくは初診日以前の期間を労務不能と判断した理由 1. 本人の訴えによる 2. 医学的根拠による 医学的根拠による理由																															
労務不能で あったと 認められた期間	令和	年	月	日から	診療実日数						日																					
	令和	年	月	日まで																												
労務不能期間 の診療日 ※診療日に○を 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
症状経過からみて労務不能と認められた医学的な所見、治療内容、療養指導等詳しくお書きください。 通院指導・服薬状況が未記入等、保険者として対応できない場合、ご都合のよろしい限り、詳しくお書きください。 ◎通院指導有：（ ） ◎期間に（ ） ◎回数（ ） ◎処方指導：（ ） ◎処方：（ ） ◎投薬有：（ ） ◎日間処方 ◎投薬無：理由：（1. 本人が希望しない 2. その他） ◎労務不能と判断した理由：																																
上記の通り相違ありません。												令和	年	月	日	転帰	<input type="checkbox"/> 治療	<input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 繰越	<input type="checkbox"/> 転院												
医療機関の所在地												療養費の別		<input type="checkbox"/> 健保	<input type="checkbox"/> 公費	<input type="checkbox"/> 自費																
医療機関の名称												人工透析、人工臓器装着日																				
医師の氏名												電話		— —		平成・令和		年	月	日												

② 医療機関にて証明

健 保 組 合 記 入 欄	資格	取得	昭和	平成	令和	年	月	日	控除	不支給日			
		喪失	令和	年	月	日	報酬・年金控除	月		日額	円	月	日額
		傷手給付開始日	令和	年	月	日	傷手・延手 支給期間	令和	年	月	日から	日間	
		傷手給付満了日	令和	年	月	日		令和	年	月	日まで		
		延手給付開始日	令和	年	月	日		支給回数	傷手	回	延手		回
		延手給付満了日	令和	年	月	日	備考						
	前回支給	令和	年	月	日まで								

《請求者の方への注意事項》



- すべてボールペンでご記入ください（鉛筆での記入・コピーは不可）
- 「療養担当者が意見を記入するところ」は必ず医師に記入していただいでください。
- 今回の傷病で初めて請求される場合、3日間の待機期間（支給されない期間）がありますが、待機期間を年休・会社休日とすることも可能です。
- 請求には事業主の勤怠証明が必要ですので、必ず会社の人事経由で提出してください。
資格喪失および任意継続の方は本人から直接、アイシン健保に送付してください。
- 支給日は、毎月8日までに会社の人事よりアイシン健保に到着した請求書が、同月22日の支給対象です。
会社への締切日は会社の人事部にご確認下さい。なお、長期連休の場合は締切が早くなります。
- 上記締切に関わらず、書類に不備がある場合・記載内容について調査（医師照会等）が必要な場合、支給日が遅れることがあります。
- 支給金額についてお電話ではお答えできません。又、紙での通知書は発行しません。
アイスマイル・ポータルに登録をして、ご自身で支給金額等をご確認ください。
アイスマイル・ポータルは、支給月の21日頃からダウンロードいただけます。アイスマイル・ポータルQRコード
- 請求権の時効は2年です。（労務不能になった日ごとに2年経過）
- 一回の申請は3ヶ月以内です。3ヶ月を超える申請は、複数枚（医師証明含む）提出してください。
- 傷病手当金、延長傷病手当金付加金は、会社指定口座に振込みます。

