傷病手当金・同付加金 延長傷病手当金付加金 請求書 (第

回目)

健保欄

	三菱UFJ銀行健康保険	食組合	理事	長殿					_		令	印	年	月	日	
,	メール店番 、 事業所	斤名														
(⁾ (銀行名・部		4)													
	「資格取得日」は、保	哈証	5			保険証を	確認(の上、			保手続発	送日		年	月	日
	下記項 確認の上、必ずを記入		行員が届出す。必ず「記号				号」「番号」を記入 の申請の場合は、			/-	当役付	者名				
	※退職後の申請の場合 ^{(メール店} 格喪失日も記入	合は、	資名			職中の記				. 71	(電話番		()
Ĺ	下記のこねり間水いに			局)	L						担当者 (電話番	•	()
	被保険者の		記号							7	(PERIL EI	-57	\			
	記号・番号		番号													
	資格取得日		4	年 月		月	九十八日 17公									
	資格喪失日 (退職日の翌日)		т н п							病や負傷の原因を具体的に記入。 なたり免傷の原因が、第二者のにも b						
	実際に休んだ期間	なく、書					╗		ら負傷の原因が、第三者の行為や							
	被保険者 1で医師が労務不致していることを							(いいえ・はい)の該当に〇を記入。								
	女していることを1	推応し	CVIZE	· · · · _o	_		ı	作	, /E							
444	発病又は負傷の		4	¥.	- 月	日	医医	あ 師が 一致	訂 /	易指	第名]					
被	発病又は負傷の原	白沿		<u>'</u>		参加した	と				為による				え・ド	
保	(負傷の場合は負傷した場) 状況を具体的に記入のこと)			し、負し、負			5万、		• 業務. 病気`		は通勤途 ₋ か	上のけ	がや	Tr(汁 ・1	はい
険	発病又は負傷の療養をす		•	年	月	日;	から		7117(<u>~</u> 『が労務不	소나 나를지	1 th +_ †	中門のこ	+ =	
	るため休んだ期間			年	月		まで				ルガガダイ ド暇・欠勤(()
	上の期間中において報酬 支払を受けたときはその	報酬	額			F	9			と期	間を記入。					
記	(はい・請求中・いいえ)のいずれかにOを <u> </u>					目	から		年		月	日まで	i		日	間
入	記入。 の有無及び状況につ (はい・申請中)の方は、年金等の種類に 所に照会することに							同辛 L 土土								
す	〇を記入。		別に照去することに同意します。 給していますか (該当を○)					氏名 はい・申請中・ い いえ								
る	【注意】								,							
	1. 年金等を受給している場合 はい・申請中の場合 該は、必ず右欄にご記入のうえ						·()	ļ	障害 厚。	主年	金・障害	基礎年	金•	障害手	当金	
	(初回や内容変更時は年金裁定 通知書および年金振込通知書の	老						老齢厚生	や厚生年金・老齢基礎年金							
	写しを添えて) お届けください。	年金の額					円									
	2. 年金等を受けている場合で、 傷病手当金額が多い場合は、年	年金受給開始年月						年								
	金等との差額支給となります。 (お届けが遅い場合、既に支給	年金番号及び年金コード						. A	ST# LU/r \$5.7.3							
	された傷病手当金を返納することになります。)						─ 年金受給者は証書より年額を記入─ 年金額変更になった際は、変更後の額を記入してください。									
		年金の支給事由となった傷病名														
	(1)労務に服さなかった期間	(1)					日	∃ から 日間								
事業	、エ/ /J 4万(CJIX C '& /J** /J /C 7				年		月		日	まで				H III		
主((2)その期間中において、	(2)				P										
部室	報酬支払をしたときは その支給額及び期間	年 月 日					日 7									
室店長)	ー 相違ないことを証明						明し	明します。 (1)上記の「発病又は負傷の め休んだ期間」と一致して								
() 証	(2)上記の「上の期間中において報酬支払を受けたときはその報酬額及び期間」 所名									休んだ期間	_	致し	にいるこ	こと値	Ē	
品明欄	と一致していることを確認し	てくけ	ごさい 。	『室店名												
TIM		1 424	н мт	絽・氏	名											

傷病名				発病又	は負傷の)原因					
発病又は負傷の年月日	年	月	日	診療を関	開始した	年月日		年	月	日	
労務不能と認めた期間	年年	月月	日日	から まで		日間	診療 実日数			日間	
上記期間内の入院期間	年	月	日から	i f	F	月	日まで		日	間	
労務不能と認めた期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(くわしく) 症状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 証明日は労務不能と認めた期間より											
転帰		•		医		- も後(_	の日付で証り	別してく?	たさい。		
労務復帰予定											
医師の証明	医療機師 亦在地・	葛等名 電話番	尔 号	を証明しる				月	日		
	発病又は負傷の年月日 労務不能と認めた期間 上記期間内の入院期間 労務不能と認めた期間中にお 症状経過からみて従来の職種 転帰 労務復帰予定	発病又は負傷の年月日 年	発病又は負傷の年月日 年 月 年 月 年 月 年 月 上記期間内の入院期間 年 月 労務不能と認めた期間中における「主たる症状および経過症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められず務後帰予定 年 上のとおり相違な 医療機関等名 利 所 在 地・電 話 番 所 在 地・電 話 番	発病又は負傷の年月日 年 月 日	発病又は負傷の年月日 年 月 日 診療を見 労務不能と認めた期間 年 月 日 おら 生記期間内の入院期間 年 月 日から 年 労務不能と認めた期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査 症状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 転帰 治癒 繰越 中止 転医 労務復帰予定 年 月 日 上のとおり相違ないことを証明しま 医療機関等名称 所在地・電話番号	発病又は負傷の年月日 年 月 日 診療を開始した 労務不能と認めた期間内の入院期間 年 月 日 から 生記期間内の入院期間 年 月 日 おから 症状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 転帰 治癒 繰越 中止 転医 労務復帰予定 年 月 日 上のとおり相違ないことを証明します。 医療機関等名称 所在地・電話番号 担当医師氏名(サイン)	発病又は負傷の年月日 年月日 日間 年月日日まで 日間 上記期間内の入院期間年における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」では状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を 症状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を 転帰治癒線越中止転医労務復帰予定年月日日とのとおり相違ないことを証明します。 医師の証明医師の証明 医療機関等名称所在地・電話番号 担当医師氏名(サイン)	発病又は負傷の年月日 年 月 日 診療を開始した年月日 労務不能と認めた期間 年 月 日 お診療 実日数 上記期間内の入院期間 年 月 日から 年 月 日まで 労務不能と認めた期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(くわしく症状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 証明日は労務不も後の日付で証明を持続の日付で記録を持続の日付で証明を持続の日付で証明を持続の日付で証明を持続の日付で証明を持続の日付で証明を持続の日付で証明を持続の日付で証明を持続の日付で記録を持続の日付で記録を持続の日付で記録を持続の日付で記録を持続の日付で記録を持続の日付で記録を持続の日付で記録を持続の日付で記録を持続の日付で記録を持続の日付で記録を持続の日付で記録を持続の日付で記録を持続の日付きの日付きの日付きの日付きの日付きの日付きの日付きの日付きの日付きの日付き	発病又は負傷の年月日 年 月 日 診療を開始した年月日 年 労務不能と認めた期間内の入院期間 年 月 日 まで 日 日まで 日 日まで 日 日まで 日まで 日まで 日まで 日まで 日まで	発病又は負傷の年月日 年 月 日 診療を開始した年月日 年 月 日 から 日間 診療 実日数 上記期間内の入院期間 年 月 日から 年 月 日まで 日 労務不能と認めた期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(くわしく) 症状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 証明日は労務不能と認めた期間よも後の日付で証明してください。	

|欄| ・「記号・番·

【郵

保険

者

健康保険組合が必要に応じて療養を担当した医師に、より詳細なる見を聴取することに同意します。

被保険者氏名(サイン)

・「記号・番号による申請」に代えて「個人番号による申請」もできます。この場合<u>「運転免許証」「パスポート」等の身元確認資料の提出が</u>必要となります(「記号・番号による申請」の場合は身元確認資料は不要です)。

[個人番号記入欄]

上記「個人番号による申請」の場合も、必ず事業所経由でご提出ください。但し、銀行在籍(記号1001)の方は、事業所欄並びに事業主(部室店長)証明欄を人事部で記入しますので、空欄のまま「東日本(7818-00)人事サービスセンター(健保担当)」宛に直接送付してください(個人番号の記載があるため部店内回付は厳禁)。

- (注)①初回請求に限り、休んでから無給になるまでの賃金台帳の写しと勤務票の写し並びに書式5-6-2 給与証明書も添付してください。(月給制以外の方については、毎回賃金台帳と勤務票写しを添付のこと。)
 - ②第二回以降の請求は、原則として翌月早めに提出してください。

便】〒105-0014 東京都港区芝2-4-3

- ③年金等受給者は「年金(手当金)決定通知書」または「年金証書」及び「年金振込通知書」等の写しを添付してください。
- ④年金額が改定されたときは「改定通知書」及び「年金振込通知書」等の写しを添付してください。
- ⑤日常生活や通院の状況・収入等につき、随時ご照会させていただきます。都度ご回答をお願いします。
- ⑥記入した内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正者の氏名(サイン)をご記入ください。

三菱UFJ銀行健康保険組合

【行内メール】東日本(7872-50) E菱UF J 銀行健康保険組合 業務第二部宛 受付日 年 月 日 受付NO 健 決定日 年 月 日 老齢(退職)年金額 円(日額 円) 円 全部•一 日から 日間 支給額 期 間 年 月 保 部不支給 傷 病 手 当 金 円 玾 由 年 月 日 円 給 記 傷病手当金付加金 円 初診日 月 年 日 円 月 延長傷病手当金付加金 年 日 前回 支給開始 年 年 月 日 日 月 自 年 日 傷病コード 欄 支給開始期間 日間 事業所コード 至 年 月 日

業務第二部宛