【書式５－６】

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	常務理事	事務長	部　長	担　当

三菱ＵＦＪ銀行健康保険組合理事長殿　　令和　　年　　月　　日

（メール店番　　）　事業所名（銀行名・部室店名）

下記項　行員が届出す
（メール店　名（　　局）
下記のとおり請求いた

健保手続発送日	年　月　日
担当役付者名（電話番号）	（　　）
担当者名（電話番号）	（　　）

「資格取得日」は、保険証を確認の上、必ずを記入
※退職後の申請の場合は、資格喪失日も記入

保険証を確認の上、必ず「記号」「番号」を記入
※退職後の申請の場合は、在職中の記号・番号を記入

被保険者が記入する

被保険者の記号・番号	記号	
	番号	
資格取得日	年　月　日	被保険
資格喪失日（退職日の翌日）	年　月　日	
被保険者		）
発病又は負傷の	年　月　日	傷　病（医師が証　傷病名と一致）
発病又は負傷の原（負傷の場合は負傷した場　状況を具体的に記入のこと）	自治会の野球大会に参加した際、滑って転倒し、負傷した。	第三者行為によるものですか　いいえ・はい ・業務上又は通勤途上のけがや病気ですか　いいえ・はい
発病又は負傷の療養をするため休んだ期間	年　月　日から 年　月　日まで	人）
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　円 年　月　日から　年　月　日まで　日間	
	の有無及び状況について健康保険組合が所に照会することに同意します。	（基礎年金番号　－　） 氏名
	等を　給していますか（該当を○）　はい・申請中・いいえ	
【注意】 1．年金等を受給している場合は、必ず右欄にご記入のうえ（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写しを添えて）お届けください。 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、既に支給された傷病手当金を返納することになります。）	はい・申請中の場合（該当を○）　障害厚生年金・障害基礎年金・障害手当金 老齢厚生年金・老齢基礎年金	
	年金の額	円
	年金受給開始年月	年　日
	年金番号及び年金コード	
	年金の支給事由となった傷病名	

（はい・請求中・いいえ）のいずれかに○を記入。
（はい・申請中）の方は、年金等の種類に○を記入。

発病や負傷の原因を具体的に記入。
発病や負傷の原因が、第三者の行為や業務上、通勤途上のものであるかどうか、（いいえ・はい）の該当に○を記入。

実際に休んだ期間ではなく、書式5-6-1で医師が労務不能と認めた期間と一致していることを確認してください。

医師が労務不能と認めた期間のうち有給休暇・欠勤休暇で支払われた報酬額と期間を記入。

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。

事業主（部室店長）証明欄

(1)労務に服さなかった期間	(1)	年　月　日から 年　月　日まで　日間
(2)その期間中において、報酬支払をしたときはその支給額及び期間	(2)	円 （　年　月　日から　年　日までの分）

相違ないことを証明します。

所　名
室店名）

職名・氏名

(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」と一致していることを確認してください。

(1)上記の「発病又は負傷の療養するため休んだ期間」と一致していることを確認してください。

療養を担当した医師の意見				
	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	年　月　日	診療を開始した年月日	年　月　日
	労務不能と認めた期間	年　月　日　から 年　月　日　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　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			
	転帰	治癒　繰越　中止　転医		
	労務復帰予定	年　月　日		
	医師の証明	上のとおり相違ないことを証明します。 年　月　日 医療機関等名称 所在地・電話番号 担当医師氏名（サイン）		

証明日は労務不能と認めた期間よりも後の日付で証明してください。

被保険者欄	
	健康保険組合が必要に応じて療養を担当した医師に、より詳細な意見を聴取することに同意します。 被保険者氏名（サイン）

被保険者氏名を自署

・「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「運転免許証」「パスポート」等の身元確認資料の提出が必要となります(「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)人事ｻｰﾋﾞｽｾﾝﾀｰ(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。
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。

【郵　　便】〒105-0014　東京都港区芝2-4-3　　三菱ＵＦＪ銀行健康保険組合　業務第二部宛
【行内メール】東日本（7872-50）　　三菱ＵＦＪ銀行健康保険組合　業務第二部宛

健保記入欄					
	受付日	年　月　日	受付NO		
	決定日	年　月　日	老齢（退職）年金額		円（日額　円）
	支給額	円	全部・一部不支給	期　間	年　月　日から　日間
	支給内訳 傷病手当金	円		理　由	年　月　日　円
	傷病手当金付加金	円	初診日		年　月　日
	延長傷病手当金付加金	円	前　回		年　月　日 年　月　日
	支給開始	年　月　日			
	支給開始期間	自　年　月　日 至　年　月　日　日間	傷病コード		
			事業所コード		