

障害厚生年金等受給者による請求

添付書類・・・障害基礎年金・障害厚生年金を受けたときは、年金証書(裁定通知書)の写しを添付して下さい。

障害年金の支給事由となった傷病名を健保組合にお知らせ下さい。

(注) 傷病手当金の日額が、障害基礎年金と障害厚生年金の合算額を360で除した額を上回るときは、その差額が支給されます。しかし、上回らないときは、支給されません。

・「うえのとおり請求します」の日付は・・・「疾病または負傷の療養をするため休んだ期間」の末日以後で

・訂正する場合は被保険者㊟を訂正㊟として御使用下さい。

傷病手当金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号 999	番号 1111	被保険者の 氏名	小田急 太郎		生 年	1昭和 2平成	55 年	健保担当 課長	
	被保険者の現住所	〒0000-0000 東京都多摩市0004-5-9 電話 000 (000) 0000 方								印	
	事業所の名称	000000 株式会社		被保険者の 業務の種別	事務員					係長	
	被保険者の資格を 取得した年月日	昭和 平成	10年 4 月 1 日		傷病名	慢性腎不全				印	
	発病または 負傷の年月日	昭和 平成	30年 9 月 13 日							係員	
	給付開始日	平成 令和	30年 9 月 16 日		請求回数	第 8 回				印	
	疾病または負傷 の療養をするため 休んだ期間	平成 令和	31年 4 月 1 日から 31年 4 月 30日まで		30日間	発病または 負傷原因	慢性糸球体腎炎				外傷 の場合 は負傷 届を添 付して ください
	うえの休んだ期間の報酬について			受けた・ <u>受けない</u> ・受けられる・受けられない							
	報酬を受けた、または受けられるときは報酬 額とその報酬額支払いの基礎となった期間			平成 令和	年 月 日から 年 月 日まで		日間の分として 円				
	老齢厚生年金 障害厚生年金 等を受けている または受けられ るとき	年金等の 種別	1障害厚生年金 3老齢厚生年金 2障害基礎年金 4障害手当金等	年金等支給事由 となった傷病名	慢性腎不全						
		年金額または 手当金額	1,836,000 円		基礎年金番号		123456		年金コード	1350	
		年金等を受けることとなった年月日		昭 <u>平</u> ・令 31年 4 月 1 日							
うえの年金等を 受けていない場合		1.請求中 2.請求していない 理由									
うえのとおり請求します なお、この請求により障害厚生・基礎年金、老齢厚生・基礎年金等と受給期間が 重複した分については、傷病手当金を小田急グループ健康保険組合にお返しいたします。 令和 1年 5 月 1日 被保険者 小田急 太郎 小田急 小田急グループ健康保険組合理事長殿											
うえの決定金額の受領方を 職名 人事部長 令和 1年 5 月 1日 氏名 〇〇 〇〇 被保険者 小田急 太郎 小田急 小田急グループ健康保険組合理事長殿											

事業主が証明するところ

労務に服さ なかった期間	平成 令和 平成	31年 4 月 1日から 31年 4 月 30日まで	30 日間	
しうえ 支の 払期 間 報中 酬の 関分 係と	全額支給した 場合、または 支給する場合	平成 令和 平成 令和	年 月 日から 年 月 日まで 日間の分として (月 日支払)	金 円 日額 金 円
	一部支給した 場合、または 支給する場合	平成 令和 平成 令和	年 月 日から 年 月 日まで 日間の分として (月 日支払)	金 円 日額 金 円
	現在までも、また将 来も支給しない場 合は、その旨	給与規則により 支給しない。		
うえのとおり相違ないことを証明します 令和 1 年 5 月 10 日 所在地 東京都新宿区0008-8-8 事業主 名称 00000 株式会社 氏名 人事部長 〇〇 〇〇 印				

療養を担当した医師が意見を書くところ
(もれなくご記入願います)

傷病名	※ 労務不能と認めた傷病名のみ記入してください。 慢性腎不全		
発病または 負傷の原因	慢性糸球体腎炎		
発病または 負傷の年月日	昭和 平成 令和	30 年 9 月 13 日	うえの療養の給付 を開始した年月日 昭和 平成 令和 30 年 9 月 13 日
労務不能と 認めた期間	平成 令和 平成 令和	31年 4 月 1 日 から 31年 4 月 30 日 まで	30 日間 左の期間中の 診療実日数 10 日間
傷病の主状態 および経過概要	※ 労務不能と認めた期間について詳しくご記入願います。 週3回の人工透析療法に伴う血圧の変動が顕著であり、それに 伴う諸症状を認めるため引き続き通院加療が必要である。		
就労見込み	① 〇年 〇月 〇日頃から就労可能の見込み	②現時点では不明である	
うえのとおり相違ありません 令和 1年 5 月 1 日 所在地 東京都新宿区0009-9-9 医療機関 名称 00000 総合病院 医師名 〇〇 〇〇 電話 000 (000) 0000 印			

記入上の注意点
1.印ははつきり押し、捺印もれのないようにしてください。
2.訂正したときは、それぞれの記入者は氏名の末尾に押した印を
訂正印として押してください。