

被保険者等記号・番号	Global ID	被保険者の氏名
生年月日	発病又は負傷の年月日	傷病名
年 月 日	年 月 日	
被保険者住所		電話/メールアドレス
〒 -		TEL: () mail:
労務不能の期間 ※月ごとに区切って請求してください		
年 月 日 ~ 年 月 日		
傷病の原因・症状を記入してください		
第三者行為によるものですか	労災保険から休業補償給付を受けていますか	
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中	
※「はい」の場合は「傷病届」を提出してください	※「はい」・「請求中」の場合は労働基準監督署を記入してください 労働基準監督署 _____	
「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか		
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中		
※「はい」・「請求中」の場合は以下①~④も記入してください		
①年金の種類 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金	②受給要因となった傷病名 _____	
③受給開始日 年 月 日	④受給額:(障害厚生年金は年額) _____ 円	
※「はい」・「請求中」の場合は「年金振込通知書(写)」等、受給開始年月日と年金額を確認できる書類を添付ください		
(退職者のみ) 老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか		
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中		
※「はい」・「請求中」の場合は「年金振込通知書(写)」等、受給開始年月日と年金額を確認できる書類を添付ください		
(退職者のみ) 雇用保険(失業給付)の基本手当を受給していますか		
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 受給延長中		
※求職の申し込みや基本手当を受給している場合は傷病手当金は支給されません		
本件給付を上記のとおり申請いたします。 在職被保険者の場合は、本件給付の受領方を事業主に委任します。		
AIG健康保険組合理事長殿		年 月 日
被保険者(申請者)氏名		_____

【提出書類】傷病手当金申請書1枚目、2枚目、誓約書(第1回目申請時のみ)

【提出先】

在職者:(社)ヒューマン・リソース・パートナーズ

住所:〒540-6319 大阪府大阪市中央区城見1-3-7 IMPビル19階 社会保険労務士法人 ヒューマン・リソース・パートナーズ AIG担当宛て

退職者(退職後の期間の申請):AIG健康保険組合

住所:〒130-0013 東京都墨田区錦糸3-2-1 アルカイースト5階 AIG健康保険組合宛て

【受付締切/支給日】

在職者:原則毎月23日(土日祝前倒し)までにヒューマン・リソース・パートナーズに到着したものを、翌々月給与で支給

退職者(退職後の期間の申請):原則毎月15日(土日祝前倒し)までにAIG健保へ到着したものを、翌月20日(土日祝前倒し)振込で支給

※関係先へ確認(照会)をする場合等、支給決定まで時間を要することがあります。

受付印

【メール提出不可】

傷病手当金申請書(第 回)

2/2枚目

医師の記入するところ	患者氏名		傷病名	
	発病・負傷の年月日		療養給付開始年月日(初診日)	
	年 月 日		年 月 日	
	発病・負傷の原因			
	労務不能と認められた期間			
	年 月 日 ~ 年 月 日 ※未来日付は不可			
	診療実日数	診療日を○で囲んで下さい		
	日間	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	
	療養費用の別		労務不能期間中の入院期間	
	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> その他()		年 月 日から 年 月 日まで	
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」「労務不能と認められた医学的な所見」等(詳しく)				
上記のとおり相違ないことを証明いたします。 年 月 日				
医療機関(所在地)〒				
(名称) 電話 ()				
(医師名) 印				
事業主の証明	労務に服しなかった期間			
	年 月 日 ~ 年 月 日			
	報酬を支給した(すべき)期間		日数	金額
	年 月 日 ~ 年 月 日 <small>※詳細は別添勤務表・給与明細の通り</small>		日間	円
	事業主氏名			
上記のとおり相違ないことを証明します。				
事業所所在地				
事業所名称				
事業主氏名 年 月 日				

受付印

第1回目申請時のみ提出してください

AIG健康保険組合
理事長 殿

誓 約 書

この度傷病手当金を請求するにあたり、次の事項を確約するとともに万一違反のありましたときは、支給の一部又は全部を停止されても異議ないことを約します。

※本誓約書の写しも有効とさせていただきます

1. 請求に際しては医師の意見を付した規定の請求を月ごとに作成し、複数月分を一括請求するなどいたしません。
2. 傷病手当金受給中に、厚生年金法による障害年金の支給が決定したときは遅滞なく通知します。
3. 傷病手当金受給中に、労災保険による休業補償給付の支給が決定したときは遅滞なく通知します。
4. 貴組合が必要と認めた場合、関係先への照会を行うこと、また関係先が回答することに同意します。
※関係先とは、勤務している(していた)事業主、前加入保険者、医療機関、年金事務所、公共職業安定所等をさします。

以上

年 月 日

被保険者住所

被保険者氏名(自署)
