

傷病手当金請求副申書

被 保 険 者 名	
住 所	
電 話 番 号	

1. 雇用保険について

受 給 状 況	1. 受給しない 2. 受給期間を延長した
上 記 2 の 場 合	延長開始 令和 年 月 日 延長後の期間満了 令和 年 月 日

(注) ①傷病手当金受給期間中は雇用保険（失業給付）の申請はできません。

健康保険組合からの傷病手当金受給の事実を隠して、雇用保険（失業給付）を申請あるいは受給した場合は「不正受給」として処罰の対象となります。

②受給期間を延長した場合（上記2の場合）は受給期間延長通知書（写）を添付

2. 厚生年金の受給について

受 給 状 況	1. 受給しない 2. 受給中 3. 受給（裁定）請求中
上 記 2 の 場 合	受給開始 令和 年 月 日

(注) 受給状況欄の2の場合は「裁定通知書」(写)を添付

3. 障害年金（または障害手当金）について

受 給 状 況	1. 受給しない 2. 受給中 3. 受給（裁定）請求中
上 記 2 の 場 合	受給開始 令和 年 月 日

(注) 受給状況欄の2の場合は「裁定通知書」(写)を添付

上記の通り相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所名

事業主名