

傷病見舞金申告書

年 月 日

所属名(会社名)		所属コード	氏名コード	氏名(自署または記名押印)		
被保険者証記号番号 —	職名	役割等級	<input type="checkbox"/> 月給日給 <input type="checkbox"/> 月 給	次回の 有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	標準報酬月額 千円
《 申告内容 》						
1. 傷病名						
2. 労務不能と認められた期間		年 月 日	～	年 月 日	日間	
3. 資格喪失年月日		年 月 日				
4. 労務不能期間(有給期間含む)		年 月 日	～	年 月 日	日間	
5. 上記の期間中、給与の支払を受けた期間		年 月 日	～	年 月 日	日間	

所属長 証明	役職 氏名 (自署または記名押印)
-----------	-------------------------

支給期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
支給額	¥	共済会

2020.10.14 改正

<キリトリ>

注1 太黒字枠のみ記入してください。(点線枠には何も記入しないでください。)

注2 押印後、点線部分を切り取ってから提出してください。

注3 月給日給・月給及び、次回の有無については該当する箇所にチェックをしてください。

注4 健康保険組合へ提出する『傷病手当金請求書』を参照しながらご記入ください。

(これをもって、添付すべき医師の診断書を省略する。)

傷病見舞金支給に必要な事項(氏名、記号番号、標準報酬月額、申告内容の2,4,5)のみ健康保険組合に照会しますので、同意のうえ、提出してください。

1.2.は、『傷病手当金請求書』の「保険医が意見を記入する欄」を参照

3.4.5.は、『傷病手当金請求書』の「被保険者が記入する欄」を参照

注5 資格喪失年月日は、死亡・退職日の次の日を記入してください。

注6 申告書は、健康保険組合へ『傷病手当金請求書』を提出する同時期に共済会へ提出してください。

注7 支給方法は

名古屋鉄道(鉄道扱含む)・・・給与へ振込

関連会社会員・・・会社へ振込

注8 名古屋鉄道以外の関連会社会員の方は、所属長証明欄を総務担当部長名で記入してください。

注9 申告期限は、贈与金を受ける事由が発生した日から6ヶ月以内です。