

傷病手当金・同付加金 請求書

延長傷病手当付加金

健保受付印

住友金属健康保険組合 御中

(傷手請求第 回目)

(延長請求第 回目)

請求者の記入欄	被保険者証記号番号			請 求 者	
	発病又は負傷年月日		平成 年 月 日		請求年月日 平成 年 月 日	
	傷 病 名				住 所	
	発病又は負傷の原因					
	労務不能の期間		自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 (延 日間)		所 属 社 員 番 号	
	労務不能の期間		自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 (延 日間)		氏 名 (印) TEL(内線)	
記入欄	入院期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 (延 日間)		老齢年金等・同一疾病による障害年金等・雇用保険の受給の有無(該当に) 有 ・ 無		
				種類(該当に) 老齢年金等 障害年金等 雇用保険		
	入院した病院の名称・所在地	所在地		老齢年金等・障害年金等に 印の方のみ記入		
		名称		受 給 額		年 額 円
				受給開始日		平成 年 月 日
		障 害 年 金 等 の 時 刻 の 対 象 病 名				

事業主の証明欄	不支給期間																		
	日 ~ 日																		
	欠勤 プラック、休日、病待 待 有休・特福 有、代休 代、出勤 出																		
平成 年 月 日																		所属長証明印 (印)	
所 在 地																			
名 称																			
事業主代理人																		(印)	

療養を担当した医師の意見欄	傷 病 名				病状の主症状及び概要：	
	発病又は負傷の年月日		平成 年 月 日			
	療養給付の開始年月日		平成 年 月 日			
	労務不能と認められた期間		自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 (延 日間)		左記期間中の入院期間	
					自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 (延 日間)	
平成 年 月 日		病院の所在地・名称				
医 師 名				(印) TEL ()		

【記載上の注意事項】

1. この請求書は、被保険者が疾病又は負傷の場合、その療養のため労務に服することが出来なかったとき、その期間の生計費に充てるため支給される手当の請求書です。
2. 被保険者の記載事項は、必ず本人がもれなく記入してください。
3. 同一疾病又は負傷及びこれによって発した発病について引き続き請求する場合は、標題の次に第何回目として記入ください。
4. 発病又は負傷の原因が外傷であるときは、負傷の日時、場所及び原因を詳しく記入してください。
5. 傷病が第三者行為によるものであるときは、別に「第三者の行為による傷病届」を添付してください。
6. 氏名を本人自ら署名した場合の申請印の捺印は不要です。