

傷病手当金請求書 (第 回目)

○新規請求のときは、別紙「傷病手当金請求に伴う状況報告書」を作成のうえ、本請求書に添付して請求して下さい。

被保険者の記入欄	被保険者証 記号・番号	記号	番号	下記のとおり請求します	年 月 日
	会社名	住所 〒 -			
	所属	電話番号 ()			
	療養のために 休業した期間	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで (日間)			フリガナ 被保険者氏名
	給付金振込先銀行口座(本人名義のもの)				生年月日 昭・平・令 年 月 日
	銀行名	支店名	種別	口座番号	

医師の意見記入欄	傷病名	発病または負傷の年月日 平・令 年 月 日	療養の給付を開始した年月日 平・令 年 月
	発病又は負傷 の原因	療養のため 労務不能と 認めた期間 平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで 診療実日数 日間	
	労務不能と認めた期間中における傷病の主状態および経過概要		記載の通り相違ないことを証明します。 平・令 年 月 日
		医療機関 所在地 及び 名称 保険医氏名	印

事業主の証明欄	労務に服さなかった期間	支払った給与(期間)	支払額(円)	記載の通り相違ないことを証明します。 平・令 年 月 日
	平・令 年 月 日 から	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで		所在地 事業主 名称
	平・令 年 月 日 まで	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで		
	日間	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで		
欠勤は○、有休は△、休日は休、で表示してください。ただし全欠の場合は横線でつないで消して下さい。				
年 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		
年 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		

健康保険組合 使用欄						
支給決定ならびに支出伺	支給期間	平・令 年 月 日 平・令 年 月 日	日間	標準報酬 月 額	標準報酬 日 額	
	不支給期間・理由			千円	円	
				支給決定年月日		
	差引支給日額＝支給日額－給料等受給日額		支給日数＝支給期間－不支給日数		支給率	支給額
円		日		2/3	円	
常務理事	事務長	担当				

(注) 1. 毎月10日を受付締切日とし、記入内容及び添付資料を審査し指定口座に同月中に振込みします。