

◆◆ 請求には医師の意見と事業主の証明が必要で  
 請求は原則として給与期間単位で行なって下さい。

本人の記入欄	傷病手当金請求書 付加金		記号番号	-	住所	(〒 - )	労災給付の有無	有・無		
			フリガナ		(TEL - - )					
	(第 回)	被保険者氏名		障害年金受給	有・無	年 月～	障害傷病名:	※有の場合は年金振込通知書(写)添付		
		生年月日	. .	退職者のみ記入	老齢年金受給	有・無	年 月～	失業保険受給	有・無	
医療機関名及び所在地						労務不能期間(請求期間)	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日	入院期間	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日	
第1回目の請求時のみ記入(銀行口座の判る通帳のコピーを添付) ※2回目以降は口座が変わる時のみ記入(通帳のコピーも添付)										
支払金融機関の欄	金融機関名	金融機関コード	銀行 金庫	農協 信組	店番コード	本店 支店 出張所	口座種別	1.普通		
	口座番号			口座名義	フリガナ	※普通口座のみ				
医師の意見	労務不能と認められた傷病名	(1) 主症状及び経過、労務不能と認められた医学的な所見						就労可能と 考えられる時期  (見込み)  年 月頃～		
	労務不能と認められた期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	(2) 治療内容、検査結果、療養指導							
	上記期間中に入院を要した期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日								
	診療開始日	年 月 日	医療機関名		医師 の氏名					
	診療実日数	日	及び所在地 (TEL - )		歯科医師					
受 付		健保記入欄	備考:							
			過去支給歴:							
									取得日	. .
								喪失日	. .	

記載漏れがないか再度ご確認ください(障害年金受給有無の記載漏れが多くあります)  
 自宅療養の場合は、自宅療養アンケートも添付ください  
 ※記載漏れがある場合は、支給に時間を要します