

提出日 令和 6 年 3 月 1 日

◆◆ 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 (第 回)		記号番号	100 - 12345	住所	(〒 563 - ××××) 大阪府池田市豊島北△-△-△ (TEL 090-××××-××××)	労災給付の有無	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>
			フリガナ	ダイハツ タロウ			障害年金受給 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 R2 年 4 月~	
			被保険者氏名	大発 太郎	退職者のみ記入		老齢年金受給	有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/>
			生年月日	S55 . 5 . 5	※有の場合は年金振込通知書(写)添付		年	月
医療機関名及び所在地		〇〇病院 大阪府池田市桃園〇-△-×		労務不能期間(請求期間)		自令和 6年 1月 1日 至令和 6年 1月 31日	入院期間	自令和 6年 1月 1日 至令和 6年 1月 31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	0 1 2 3	銀行	農協	店番コード	1 1 1	本店
	口座番号	1 2 3 4	金庫	信組	池田	出張所	口座種別	1.普通
支店		ダイハツ		タロウ		口座名義		※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						労務不能と認められた時期
	労務不能と認められた期間	受診中の医療機関に記入してもらって下さい						見込み)
	上記期間中に入院を要した期間							年 月 頃~
	診療開始日	年 月 日	医療機関名及び所在地 (TEL -)	医師の氏名 (印)		歯科医師 (印)		
診療実日数	日							

労災・通災の場合は健康保険適用外です

受診中の医療機関に記入してもらって下さい

【提出先】

- ・ダイハツ工業：各事業所健康保険担当者(労政室_給与G または 京都総括・滋1総括・滋2総括)
- ・DBC：管理部 総務・経理室 給与G
- ・ダイハツディーゼル：管理統括本部 管理部 人事グループ

健保記入欄