

				支給決定日		常務理事		事務長		担当者	
				年 月 日							
支給期間 自 令和 年 月 日 至 年 月 日 日間											
傷病 手当金		標準報酬日額		支給率		支給日数		事業主報酬又は年金		傷病手当金支給額	
		× 2 / 3 ×		—				=			
同 付加金		{(標準報酬日額×70/100×支給日数)=小計}				傷病手当金		事業主報酬 又は年金		同付加金支給額	
		{(× 70/100 ×)= }				—		=			
障害年金・障害手当金・老 齢(退職) 年金額・日額		円		日額 円		全部・一部 不支給		期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間 円	
既に支給した期間		令和 年 月 日		～ 令和 年 月 日		(残日数)					

傷病手当金 並 傷病手当付加金請求書 (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号		標準報酬 月 額		, 000 円		事 業 所 の 名 称 (通勤場所)							
	被保険者資格		昭・平・令 年 月 日取得				令和 年 月 日 喪失							
	発病又は負傷の 年 月 日		令和 年 月 日				傷病名							
	発病又は負傷 (ケガ) の原因						負傷の場合第三者行為に よるものですか		はい いいえ					
	療養のため 休んだ期間		令和 年 月 日 から 年 月 日まで				日間							
	障害年金・障害 手当金を受けて いるとき、又は 受けることがで きるとき		年金の種類		障害年金 障害手当金		年金額		円		基礎年金番号 年金コード			
			年金を受け取ること になった年月日		年 月 日		支給事由とな った傷病名							
	任意継続又は 資格喪失後の方		老齢又は退職を事由する公的年金を受け取っていますか						はい・請求中・いいえ					
			老齢(退職)年金等の名称			基礎年金番号及び年金 コード			受給年月日		年金額			
									年 月 日		円			
						年 月 日		円						
振込希望銀行 (退職(予定)者)		銀行・金庫・信組										支店・本店・出張所		
		普通・当座 口座番号										名義 (フリガナ)		
備 考														

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

上記による傷病手当金並傷病手当付加金（事業主より受けた報酬並、障害手当金、年金額を除く）を請求します。

令和 年 月 日 付
被保険者 住 所
クラシエ健康保険組合 御中 氏 名
電話番号

療養を担当した医師の意見欄	受診者氏名														
	傷病名											発病又は負傷 年 月 日	令和 年 月 日		
	発病又は負傷の原因											診療開始日	令和 年 月 日		
	労務不能と認めた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間					内入院 期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間					診療実日数 日間		
	主症状及び経過、 治療内容・検査結果・療養指示等を 詳しく記入してください	就労見込について（ア. 月 日頃から イ. 現時点では不明）													
		人工透析を 実施又は人 工臓器を装 着したとき		人工透析を実施又は人工臓器を装着した日				昭・平・令 年 月 日							
人工臓器の 種類		ア. 人工透析 イ.人工肛門 ウ.人工関節 エ.人工骨頭 オ.心臓ペースメーカー カ.その他（ ）													
上記のとおり事実を証明します。 令和 年 月 日 住 所(所在地) 医 師 医 療 機 関 名 氏 名 (電話番号)															

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間								令和 年 月 日～令和 年 月 日まで 日間															
	上記の期間中に報酬の全部又は一部を支払ったとき								期間	月 日から 月 日まで				金額	報酬の全部・一部支給 円									
	報酬の支給形態								ア.月給 イ.準月給 ウ.日給 エ.時給 オ.その他								賃金締日 日				支払日 日			
	欠勤控除の場合、 具体的な計算方法																							
	勤怠状況 出勤：出 欠勤：欠 有給：有 休日：公 産休：産 育休：育																							
	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	労務に服さなかった日数				日		支払報酬合計				円				
	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	労務に服さなかった日数				日		支払報酬合計				円					
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	労務に服さなかった日数				日		支払報酬合計				円					
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	労務に服さなかった日数				日		支払報酬合計				円					
備考																								
上記の通り相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業主の名称 事業主の氏名																								