

支給決議	同年月日		取得年月日		理事長	常務理事	事務長	所属長	担当者	資台照合
	支給額	喪失年月日								
		傷病手当金額			円					
	支給内訳	日額	日数							日間

事業所コード	事業所名
01	本社

傷病手当金請求書 (1回目)

事業所	所属長	担当者

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番号	フリガナ	ケンコウ タロウ	性別	男	生年月日	昭平	〇〇	〇〇	〇〇				
	16 01	123456	氏名	健康 太郎	印	女	年月日	平成	〇〇	〇〇	〇〇				
	被保険者の 現住所	〒 000-0000 東京都〇〇区××1-2-3			TEL	00-000-0000									
	適用事業所	山崎製パン株式会社			取 得 年 月 日	喪 失 年 月 日	平成	令和	〇〇	〇〇	〇〇				
	傷病名	左足骨折			標準報酬月額	320 千円									
	発病又は 負傷の原因	平成	令和	〇〇年	〇〇月	〇〇日	午前	午後	〇〇時	〇〇分頃	負傷	発病	第三者による 負傷ですか?	はい	いいえ
	療養のため休んだ期間 (今回の請求期間)	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 〇〇年 〇〇月 〇〇日 〇〇日間													
	上記の期間、報酬を受けましたか? または、今後受けられますか?	はい	いいえ	「はい」と答えた場合、 その期間及び報酬額			金額								
	障害年金・障害手当金・老齢年金等を受給していますか	はい 請求中 いいえ													
	障害年金、障害手当金、老齢年金等を受けているとき、また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・老齢年金・その他()												

委任状	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日に請求した傷病手当金の受 委任いたします。	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	委任受領者	所在地	東京都千代田区岩本町3-10-1					
	住所	東京都〇〇区××1-2-3		事業所	山崎製パン株式会社					
本人	氏名	健康 太郎		事業所長名	事業 太郎					

※喪失(退職)後又は被保険者死亡時の支払方法	令和 年 月 日提出	支払	決議	受付
ア. 事業所を通して支払い	振込	銀行	支店	
イ. 銀行振込(請求者名義のみ)	先	普/当 No.		
	名義人(カタカナ)			

事業主証明欄	証記号・番号	16 01	123456	氏名	健康 太郎				
	労務に服さなかった期間	令和 〇〇・〇〇・〇〇 ~ 〇〇・〇〇・〇〇		〇〇 日間					
	上記期間中の支払報酬の有・無 一部支払の有・無	支払内訳	令和 〇〇・〇〇・〇〇 ~ 〇〇・〇〇・〇〇	金額	000,000	日数	00	日額	00,000
			令和 〇〇・〇〇・〇〇 ~ 〇〇・〇〇・〇〇	金額	000,000	日数	00	日額	00,000
			令和 〇〇・〇〇・〇〇 ~ 〇〇・〇〇・〇〇	金額	000,000	日数	00	日額	00,000
			令和 〇〇・〇〇・〇〇 ~ 〇〇・〇〇・〇〇	金額	000,000	日数	00	日額	00,000
	現在、将来も支給しない場合はその旨	ア. 日給月給のため、支給しない。 イ. 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 より(私傷欠/休職)のため、支給しない。 ウ. その他()							
雇用区分	① 社員 2. スキルドパートナー 3. 嘱託 5. 準社員 7. パート 8. 有期 9. アルバイト								
備考欄	〇/〇~〇/〇 出勤 〇/〇 公休 〇/〇~〇/〇 有休								

上記のとおり相違ないことを証明します。
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
所在地 東京都千代田区岩本町3-10-1
事業所名称 山崎製パン株式会社
事業所長名 事業 太郎

※労務に服さなかった期間の給与明細と出勤台帳の写しを必ず添付して下さい。

担当医師の意見欄	受診者名	健康 太郎				
	傷病名	左足骨折				
	傷病の主状態および経過概要(詳しく)	レントゲンにより、左足骨折と診断。			転	治癒
		ギプス固定し、現在はリハビリ中。				継続
					帰	中止
	発病又は負傷年月日	平成(令和) 〇〇・〇〇・〇〇	療養給付の開始年月日	平成(令和) 〇〇・〇〇・〇〇		
	発病又は負傷の原因(詳しく)	自宅の屋根を修理していたところ、誤って転落し、左足骨折。				
労務不能と認められた期間	令和 〇〇・〇〇・〇〇 ~ 〇〇・〇〇・〇〇	〇〇 日間	左の期間中の診療実日数	〇〇 日間		
入院期間	令和 〇〇・〇〇・〇〇 ~ 〇〇・〇〇・〇〇	〇〇 日間	入院費用別	健保・公費 自費・その他		
備考欄	上記のとおり相違ありません。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 所在地 東京都〇〇区△△1-1-2 医療機関名称 東京〇〇病院 担当医氏名 保険 元					

※注意事項

- 請求書の中で、不明な点があると判断したとき再度、電話確認又は、証明とする書類の提出を求められることがあります。
- 喪失後、継続して申請される場合、当組合の療養状況の照会や、公的機関の証明資料を提出願うことがあります。
- 傷病の原因が第三者行為によるものである場合は、「第三者行為による傷病届」を添付して下さい。
- 障害年金・障害手当金・老齢年金等を受給している場合、傷病手当金は支給調整されますので「年金証書(写)」
「直近の額を証明する書類」を必ず添付して下さい。
また、年金等の受給が判明した場合、年金受給後の傷病手当金は返還していただくことになります。