

支給決議	同年月日		.					取得年月日		.					常務理事	事務長	所属長	担当者	担当者		
	支給額						喪失年月日		.												
							傷病手当金額		円												
	支給内訳			日額			日数								支給開始終了	. ~ .					
															支給期間	. ~ .					日間

事業所コード		事業所名		事業所	所属長	担当者

傷病手当金請求書 (回目)

被 保 険 者 記 入 欄	記号		番号		フリガナ				男・女	生年月日	昭・平			
	16				氏名									
	被保険者の 現住所		〒						TEL					
									取得年月日		平成 令和			
	適用事業所								喪失年月日		令和			
									標準報酬月額		千円			
	傷病名								発病又は 負傷年月日		平成 令和			
	発病又は 負傷 の原因		平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃 負傷・発病						第三者による 負傷ですか?		はい・いいえ			
			どこで						業務上による 負傷ですか?		はい・いいえ			
			何をしています						通勤途上の 負傷ですか?		はい・いいえ			
			どのようにして負傷（発病）したか											
	療養のため休んだ期間 （今回の請求期間）		令和 . ~ .						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		令和 . ~ .		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（ ）										
		年金を受けること となった年月日		令和 年 月から		障害年金支給 事由の傷病名								
		年金額		年額 円		添付書類		年金証書(写) ・ 直近の額を証明する書類						
(注) 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、上記添付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ので、ご承知下さい。														
委任状	令和 年 月 日に請求した傷病手当金の受領を 委任いたします。 令和 年 月 日						委任 所在地 事業所 名称 事業所長名							
	本人住所 人氏名													
※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		
		振込先	銀行 支店											
			普／当 No.											
ア. 事業所を通して支払い		名義人 (カタカナ)												
イ. 銀行振込(請求者名義のみ)														

