

傷病手当金・傷病手当金付加金請求書 (第 回 目)

下記のとおり請求します。ただし給付金の受領を下記事業主に委任します。 申請日 年 月 日

被保険者が記入するところ	保険証 記号-番号	-	氏名	(フリガナ)	印	
	住所	〒 電話(携帯)番号 - -				
	事業所 (店)名			所属		
	発病または負傷の年月日	年 月 日	傷病名			
	発病または負傷の原因					
	労務に服することができなかった期間	年 月 日から 年 月 日までの 日間				
	障害厚生年金、 障害手当金の受給	□有 □無 □申請中 ⇒「有」の場合は「年金振込通知書(写)」の添付要		「有」、「申請中」の 場合のその傷病名		
	老齢厚生年金の受給	□有 □無 □申請中 ⇒「有」の場合は「年金振込通知書(写)」の添付要				

医師が記入するところ	傷病名			発病または 負傷の原因		
	発病または 負傷年月日	年 月 日	初診日	年 月 日	労務不能と 認められた期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間
	労務不能期間中 の診察実日数	日間	労務不能期間中 に入院した期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	転 帰	年 月 日 治癒・死亡・転医・中止・継続
	傷病の主症状および経過の概要			上記のとおり相違ありません。 年 月 日		
				住 所		
			医療機関名			
			医師氏名	印		
			電 話	- -		

事業所が証明するところ	労務に服さなかった期間	年 月 日 から 年 月 日 までの 日間	
	上記の期間中の 報酬として支払う	全部支給	自 年 月 日 至 年 月 日 日間 日分 円 月 日 支払 円
		一部支給	自 年 月 日 至 年 月 日 日間 日分 円 月 日 支払 円
		支給しない	事業所確認印 印
	上記のとおり相違ないことを証明します。また給付金の受領に関する委任を受けます。 事業所所在地 事業所名称 代表者名 印		

資格取得日	年 月 日	支給日	年 月 日
資格喪失日	年 月 日	標準報酬月額 (日 額)	千円 (円)
前回 支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 (日間)	支給額	円
今回 支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 (日間)	法定給付	円
		付加給付	円

受付印

法定
付加

常務理事	事務長		担当者