

※いずれかに○をつけてください。

傷病手当金請求書 (初回 ・ 2回目以降)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証記号・番号		被保険者氏名																	
	在籍会社			所属																
	被保険者住所	〒				TEL														
	傷病名																			
	発病又は負傷年月日	H R	年	月	日	発病または負傷の原因														
	療養のため休んだ期間	R		年	月	日	～	R	年	月	日									
	上記の期間中に報酬を受けた期間	R	年	月	日	から	R	年	月	日	まで	左記期間中の報酬	円							
	障害年金又は障害手当金の受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		※有の方は、年金証書・直近の支給額を証明する書類(年金支払通知書・変更通知書等)を添付してください。すべて(写)で可			老齢年金等の受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無												
	照会等の同意及び受領の委任	貴組合がこの請求内容について、必要に応じ、医療機関・事業主・官公庁等関係機関に照会することに同意します。また、在籍中はこの給付金の受領を在籍している事業所に委任します。																		
	※ご在籍中の方は上記「受領の委任欄」にご署名いただくことにより、事業所より給与支給日に給与口座へ支給されます。退職された方への給付は、在籍中の最終給与振込口座にお振込みいたします。																			
医 師 の 意 見 欄	傷病名																			
	発病又は負傷の原因																			
	労務不能と認めた期間	年		月	日	～	年		月	日										
	疾病又は負傷の発生した年月日	年		月	日	診療開始年月日	年		月	日										
	労務不能と認めた期間中の入院期間	年		月	日	から	年		月	日	まで	労務不能と認めた期間中の診療日数	日							
	傷病の症状及び労務不能と診断された事由など(詳細に)																			
		就労可能見込日 年 月 日																		
上記のとおり相違ありません。 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名称 担当医師氏名 電話番号																				
事 業 主 証 明 欄	労務に服さなかった期間	年		月	日	～	年		月	日	左記期間中に報酬を受けた期間	年		月	日	～	年		月	日
	※勤怠及び報酬等については、添付の勤務状況一覧及び賃金台帳等をご確認ください。																			
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日																			