

※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 <small>※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</small>		老齢年金等の受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <small>※有で退職後の方は、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</small>	
	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。 被保険者氏名（自署）				
	※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					