

傷病手当金請求書 (初回 ・ 2回目以降)

※いづれかに○をつけてください。

該当する方に○をつけてください

原則給与計算期間に (16日～15日) にあわせてご記入ください。

該当する方にチェックし、添付が必要な方はご用意ください。

被 保 者 記 入 欄	被保険者証記号・番号	○○ ○○○○○	被保険者氏名	健保 太郎		
	在籍会社	伊藤ハム(株)	所属	○○○○部○○課○係		
	被保険者住所	〒○○○-○○○ ○○県○○市○○町○丁目○-○			TEL	○○○-○○○-○○○○
	傷病名	○○○○○				
	発病又は負傷年月日	<input checked="" type="radio"/> H <input type="radio"/> 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	○○○○○		
	障害年金又は障害手当金の受給	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ※有の方は、年金証書(写)・年金支払通知書・変更通知書(写)等を添付してください。		老齢年金等の受給	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ※有で退職後の方は、年金証書(写)・年金支払通知書・変更通知書(写)等を添付してください。	
	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) 健保 太郎				
	※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ることとなります。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	
	疾病又は負傷の発生した年月日	年 月 日
	労務不能と認めた期間中の入院期間	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)	年 月 日
	上記のとおり相違ありません。	年 月 日

この欄は医師に記入してもらってください。

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 ~	左記期間中に報酬を受けた期間	年 月 日
	※勤怠及び報酬等については、添付書類を提出してください。			
	上記のとおり相違ないことを証明します。	年 月 日		

この欄は事業主に記入してもらってください。