

傷病手当金・傷病手当付加金 請求書 (回)

令和 年 月 日提出

被保険者が記入するところ	被保険者証 記号・番号		社員 コード		氏名	
	自宅 住所・電話		日中連絡可能な電話 () -			
	事業所 名称			職場 (内線)		
	傷病名			発病 (負傷) の原因		
	発病(負傷) 年月日		H・R 年 月 日		※負傷の場合は、いつ・どこで・何をしていた・どのように等、詳しく記入ください。	
	休業期間 (請求期間)		H・R 年 月 日から H・R 年 月 日まで		発病(負傷)の原因は労災、通災、第三者の行為 (交通事故・ケンカ等)によるものですか?	
	障害厚生年金・老齢年金を 受給していますか?		はい ・ いいえ ・ 手続中(受給予定 年 月~)			
障害厚生年金支給事由 となった傷病名		年金受給開始 年月日		H・R 年 月 日		

※はいの場合、年金証書・決定通知書・年金改定通知書・の写しを添付ください。 障害厚生年金の場合、障害者手帳の写しも添付ください。

事業主欄	労務に服さな かった期間	H・R 年 月 日から H・R 年 月 日まで	日間	左記のとおり相違ないことを証明します	令和 年 月 日
	上記期間で報酬の全部又は 一部を支給した(支給する)額	金 円		住所	担当者
				氏名	

診療担当医師の意見欄	傷病名	労務不能と 認めた期間				H・R 年 月 日から H・R 年 月 日まで	日間
	発病(負傷) の原因	労務不能期間中の診療日数				日	
	発病(負傷)年月日	H・R 年 月 日		上記診療日数が「0日」の場合、労務不能と判断した理由			
	診療開始年月日	H・R 年 月 日					
	労務不能期間中の主症状及び経過概要			入院期間	H・R 年 月 日から H・R 年 月 日まで		日間
	今後の通院指導の有無 あり (月 / 回) なし (理由: 症状・経過からみて、労務不能と認めた医学的所見			転帰	治癒()・繰越・中止・転医		
お願い			この欄に記載したことは、事実と相違ないことを証明します				令和 年 月 日
(提出経路) 本人 → 事業所担当部署 → 健保組合			所在地		名称		印
			医療機関		電話番号		
			医師氏名				

健保組合使用欄	支給日	令和 年 月 日	支給期間	H・R 年 月 日から H・R 年 月 日まで	待機 日 日間	資格取得	S・H・R 年 月 日	資格喪失	S・H・R 年 月 日	
	支給額	円	前回までの 支給期間	H・R 年 月 日から H・R 年 月 日まで		108条控除額	円	月額	円	
	内訳	傷病手当金	傷病手当付加金	常務理事	事務長	係				
	支給日数	日	日							
	支給日額	円	円							
支給額	円	円								