

## 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	記号一番号	—	氏名	(フリガナ)			
	住所	〒		生年月日：昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)			
	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	
	障害年金、 障害手当金の受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中		⇒「有」の場合は「年金振込通知書(写)」の添付要			
	注意事項	障害年金・老齢年金を受給している場合、傷病手当金支給額が調整される場合があります。また、調整されずに受給した傷病手当金がある場合は、調整のうえ返還していただくこととなりますので受給の有無(予定)を必ずお知らせください。また、傷病手当金の受給中は失業給付金の受給はできません。					

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 至	年 月 日 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 至	年 月 日 年 月 日 日間	転 帰	年 月 日 治療・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 電話番号 — —			

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	
	休業手当等 報酬(療養・ 分として支払う 上記の期間中の 報)	全部支給	自 至	年 月 日 年 月 日	日分	円	月 日支払 日額 円
		一部支給	自 至	年 月 日 年 月 日	日分	円	月 日支払 日額 円
		支給しない	理由：				事業所確認者名
	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。 年 月 日						
事業所所在地 事業所名称 代表者名							

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 至 ( 日間)	支給額	円
今回 支給期間	自 至 ( 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