2021.7 改訂

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

保険証記号－番号	－	氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 生年月日：昭和・平成　　年　　月　　日生（　　歳）
住所	〒		電話（携帯）番号　　－　　－
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	□有 □無 □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	□有 □無 □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に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	労務不能と認めた期間	自　　年　　月　　日 至　　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　　年　　月　　日 至　　年　　月　　日　　日間	転帰	年　　月　　日 治癒・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			
上記の期間中の分として支払う報酬（療養・休業手当 等）	全部支給	自　　年　　月　　日 至　　年　　月　　日	日分	円	月　　日支払 日額　　円
	一部支給	自　　年　　月　　日 至　　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　　年　　月　　日 至　　年　　月　　日 （　　日間）	支給額	円
今回支給期間	自　　年　　月　　日 至　　年　　月　　日 （　　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