

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	(フリガナ) 印 生年月日：昭和・平成 年 月 日生（ 歳）
	住 所	〒 電話（携帯）番号 ー ー		
	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 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 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 印 電話番号 ー ー			

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 （療養・ 報酬として支払う 上記の期間中の 分として支払う）	全部支給	自 至	年 月 日 日分	円 月 日支払 円
		一部支給	自 至	年 月 日 日分	円 月 日支払 円
		支給しない	理由：		事業所確認印 印
	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 印				

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