

傷病手当金・傷病手当付加金 支給請求書

(注)1. 請求書は被保険者が記入してから医師、事業主の順に次頁の証明を受けます。

決裁 常務理事	令和 事務長	係
------------	-----------	---

健保組合使用欄

から支給	6. 資格喪失後のため 7. 待期末完成のため	年月日まで
------	----------------------------	-------

被 保 者	被保険者の 記号・番号	記号 番号	提出年月日	西暦 ××××年××月××日
	氏名	北洋 太郎		
保 険 者	住所	郵便番号 ○○○ - ○○○○ 電話番号: ○○○-○○○-○○○ ○○市○○町○○番○○号 ○○○マンション○○号室		
	所属事業所名	北洋銀行 ○○○支店		
給 与 受 取 口 座 の 指 定 口 座	給与受取口座を指定	北洋 銀行 ○○○ 支店	普通預金口座番号 = 1 2 3 4 5 6 7	口座名(カナ) = ホクヨウ タロウ
	申請する傷病名の診断を受けた年月日	大腿骨骨折	第三者行為によるものですか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
が 記 入 す る 欄	請求期間月内の範囲で	××年××月××日から ××年××月××日まで	○日間	<input checked="" type="radio"/> 該当に○
	①傷病手当金及び同付加金の請求期間	××年××月××日から ××年××月××日まで	の分 ○○ 日間	<input checked="" type="radio"/> 該当に○
欄	①に書いた期間の分の報酬(給与)を事業主から支給を受けられますか、又、実際に受けましたか	<input checked="" type="radio"/> 受けられる (支給を受けた額 = ○○○○円) <input type="radio"/> 受けられない	<input checked="" type="radio"/> 該当に○	
	障害年金等について	<input checked="" type="radio"/> 障害手当金を <input type="radio"/> 障害厚生年金	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 申請中	<input type="radio"/> 申請中 <input type="radio"/> 障害手当金
欄	※退職者の方はご記入不要です。退職者の方は「退職者」のみ該当に○	退職者	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 申請中	<input type="radio"/> 申請中
	委任状	上記の請求により私が受ける法的給付及び付加給付金の受領を 年 月 日 日に 殿に委任いたします。		
<div style="background-color: #4a86e8; color: white; padding: 5px; border-radius: 10px; display: inline-block;">受給されている方が亡くなられた場合に記入</div>				

医 師 意 見 欄	傷病名		日
	発病		日
	労務		日
	疾病 (
	上		

医師に記入依頼

(注) 1. 労務不能と認めた期間が経過した後に証明をしてください。
2. 訂正したときは、証明印で訂正願います。

事 業 主 が 証 明 す る 欄	②労務に服さなかった日	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	計	
	該当する																				日
	③報酬																				計
	②の期 支払う																				日
	報酬																				円
	④支払 形態と																				円
	形態を																				円

事業所に記入依頼

※退職後は記載不要

【署名判】手書き不可・職印不要

(注) 1. 初回申請分には、休職通知書・賃金台帳等の写しを添付してください。
2. 出勤簿、就業規則、賃金台帳を確認のうえ証明してください。
3. ②の期間について固定給(役付・扶養・通勤手当等)を支払った場合は必ず④に記入してください。
4. ③は該当のところを○で囲んでください。

受付日

医 師 意 見 欄	傷病名	1. 2. 3.	初年 月 日	1. 2. 3.	年 月 日
	発病又は負傷の原因				
	労務不能と認めた期間 年 月 日から 年 月 日まで (診療日数 日)			この期間中における入院期間 年 月 日から 年 月 日まで	
	疾病又は負傷の主症状、経過の概要及び労務不能と認めた意見 (労務不能期間に対して、診療実日数が著しく少ないときは、その理由を記入してください。)				
上記のとおり事実と相違ありません。 年 月 日					
医療機関 所在地: 名称: 担当医師名:					

(注) 1. 労務不能と認めた期間が経過した後に証明をしてください。
2. 訂正したときは、証明印で訂正願います。

事 業 主 が 証 明 す る 欄	②労務に服さなかった日	年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17	計			
	該当する日を ○で囲む	月	18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日			
		年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17	計			
		月	18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日			
	③報酬支払の有無	・支払わない ・下記のとおり支払った ・今後支払う					
	②の期間分として 支払う報酬関係	・全額	自	:	:	金 円	日額・月額
		期間	至	:	:	月 日支払	円
		・一部	自	:	:	金 円	日額・月額
		期間	至	:	:	月 日支払	円
	報酬締切日	日から	日まで	毎月の支払日	日		
④支払った報酬の 形態とその内容	形態	・月給 ・日給 月給 ・日給 ・その他()					
	種類	基本給	役付 手当	扶養 手当	通勤 手当	現物給与 食事 住宅	計
	月分						円
	月分						円
就業規則等で支払うことになっているが、現在、将来ともに支払わないときその理由							
上記のとおり事実と相違ないことを証明します。 年 月 日							
所在地 事業主 名称 (代理人) 代表者名 【署名判】手書き不可・職印不要							

(注) 1. 初回申請分には、休職通知書・賃金台帳等の写しを添付してください。
2. 出勤簿、就業規則、賃金台帳を確認のうえ証明してください。
3. ②の期間について固定給(役付・扶養・通勤手当等)を支払った場合は必ず④に記入してください。
4. ③は該当の箇所を○で囲んでください。

受付日