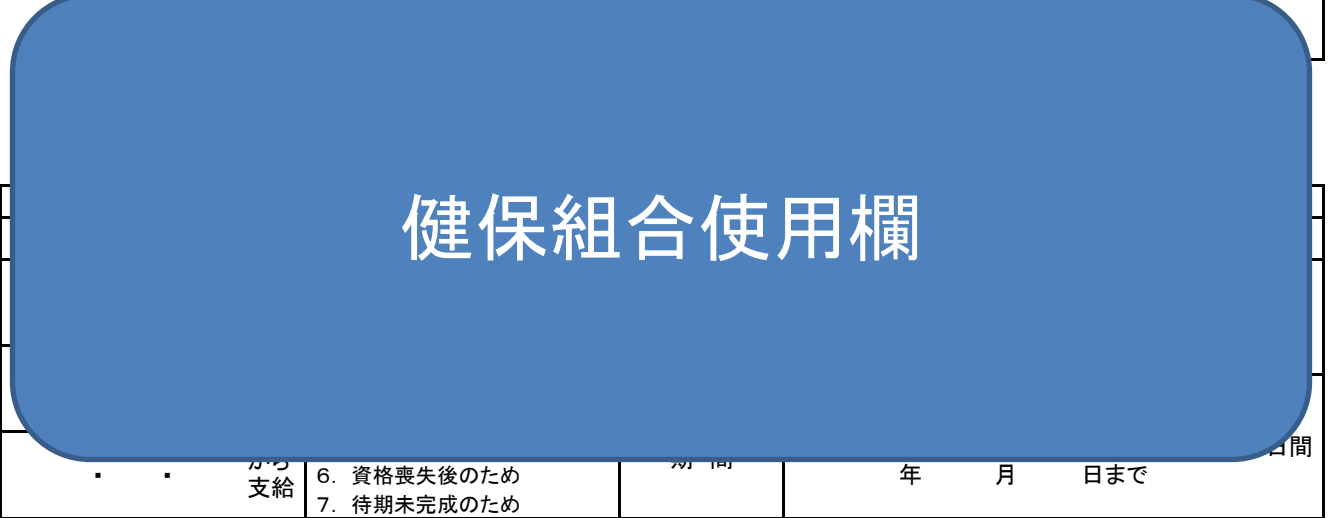


傷病手当金・傷病手当付加金 支給請求書

(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下さい。

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



被 保 者	被保険者証の 記号・番号	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>記号</th> <th>番号</th> </tr> <tr> <td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td> </tr> <tr> <td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td> </tr> <tr> <td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td> </tr> <tr> <td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td> </tr> </table>	記号	番号									提出年月日	西暦 ××××年××月××日
	記号	番号												
氏名		北洋 太郎												
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 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="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ										
請 求 期 間	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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 土・日・祝日も含んだ日数										
入 る 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="checkbox"/> 該当に○											
	障害年金等について	<input checked="" type="checkbox"/> 障害手当金を <input type="checkbox"/> 障害厚生年金	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> 障害手当金										
欄	受給の要因となった傷病名	大腿骨骨折	受給額	年額 ○○○○○○ 円										
	※退職者の方はご記入ください(退職者の方は「退職者」のみ該当に○)	<input checked="" type="checkbox"/> 「退職者」のみ該当に○	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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 殿に委任いたします。													
	受給されている方が亡くなられた場合に記入													

医 師 意 見 欄	傷病名	<div style="background-color: #4a86e8; color: white; border-radius: 20px; padding: 50px 100px;"> <h2 style="margin: 0;">医師に記入依頼</h2> </div>	日
	発病		日
	労務		日
	疾病		
	(

(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)
	就業規																			円
																				円
	事 (代理人)																			

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、退職通知書・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

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て下さい。
 2. 傷病手当金は、はじめの3日間は支給されません。
 3. 1ヶ月単位で請求して下さい。
 4. 傷病が第三者の行為によるものであるときは「第三者の行為による傷病届」を提出して下さい。用紙は健保組合にあります。
 5. 障害年金等を受給する場合はご連絡下さい。
 6. 太枠内をご記入下さい。

決裁伺	令和	
常務理事	事務長	係

(第 〇 回目)

シーケンスNO	標準報酬月額	傷病手当金	傷病手当付加金
	千円	円	円
取得	不支給の理由 1. 療養のため労務不能状態とは認められない。 2. 報酬支給のため 3. 出勤のため 4. 重複請求のため 5. 期間満了のため 6. 資格喪失後のため 7. 待期未完成のため	支給期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
喪失		不支給期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
から支給			年 月 日から 年 月 日まで 日間

被 保 険 者 が 記 入 す 欄	被保険者証の 記号・番号	記号	番	号	提出年月日	年	月	日	
	氏名								
	住所	郵便番号: 〇〇〇〇-〇〇〇〇			電話番号: 〇〇-〇〇〇〇〇〇				
	所属事業所名								
	給付金振込の 指定口座	銀行		支店	普通預金口座番号 = 口座名(カナ) =				
	傷病名							第三者行為によるものですか	・ はい ・ いいえ
	発病又は負傷の 年月日・原因	年 月 日		(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		日間	下記請求期間内で 入院した期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
	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					
	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	・ 受けられる(支給を受けた額 = 〇〇〇 円) ・ 受けられない			・ まだ受けていない				
	障害年金等について	障害厚生年金または障害手当金を 受給していますか			・ はい		・ いいえ		・ 申請中
		受給の要因となった傷病名			受給額	年額 〇〇〇 円			
	※退職者の方をご記入ください 老齢厚生年金等について	老齢厚生年金等の公的年金を受給し ていますか			・ はい		・ いいえ		・ 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							殿に委任いたします。	
	請求者氏名: 〇〇〇〇〇〇							(印)	

医 師 意 見 欄	傷病名	1. 2. 3.	初年 月 日	1. 2. 3.	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	発病又は負傷の原因						
	労務不能と認めた期間			この期間中における入院期間			
	年 月 日から 年 月 日まで (診療日数 日)			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							
所在地: 医療機関 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	の分				
		・一部	至	: : 月 日支払	円			
		・全額	自	: : 金 円	日額・月額			
		期間	の分					
	・一部	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		計
						食事	住宅	
	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は該当のところを○で囲んでください。

受付日