

前 回	始	年	月	日
	終	年	月	日

## 傷病手当金請求書 (第 回)

<b>&lt;確認欄&gt;</b>	この請求について記載内容について誤りがないか申請者本人(被保険者)が確認している。(確認欄に✓を入れてください。)
<input type="checkbox"/>	

\* A4用紙2枚綴りでご提出ください。(両面印刷はしないでください。)

請求日	年	月	日
-----	---	---	---

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等の 記号と番号	記号	番号	②被保険者の氏名									
	③被保険者の 現住所・電話番号	〒 ( ) TEL ( )											
	④事業所の名称				⑤被保険者の 標準報酬月額	千円							
	⑥被保険者の 資格取得年月日	年	月	日	⑦被保険者の 業務の種別								
	⑧発病又は負傷の 年 月 日	年	月	日	⑨傷病名								
	⑩発病の状態又は負 傷の原因を詳しく												
	⑪疾病又は負傷の療養をす るために休んだ期間	年	月	日	から	年	月	日	まで	⑫第三者の行為に よる負傷ですか	はい いいえ		
	⑬上記⑩に書いた期間の部分 の報酬(賃金)を受けました か、又は受けられますか	受けた 受けられる	受けない 受けられない	⑭報酬の支払いを受けたとき、又は受 けられるときは、その報酬の額とその 報酬支払いの基礎となった(なる)期間		年	月	日	から	年	月	日	までの分として 円
	⑮老齢年金・障害年金・障害手当金を受けているとき、又は受けることができるとき (年金決定通知書の写しを添付してください)												
	⑯基礎年金番号				⑰支給している年金又は手当金等の 年金コード又は記号・番号								金額(年額)
	⑱老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか				はい・いいえ・請求中								円
	⑲障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか、又はしましたか				はい・いいえ・請求中								円
	⑳障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名												円
	㉑㉒㉓の年金又は手当金の受給権を取得した年月日				年	月	日	年金の合計額				円	
	振 込 希 望 金 融 機 関 名	金融機関名			金融機関コード								
店名			支店コード										
預金の種別			普通・当座				口座番号						
フリガナ													
口座名義													
委 任 状	<p>㉔被保険者名義以外の口座に振込みを希望するときは、下記 委任状 に記入してください。          &lt;お振込先の確認のため、お手続きにお時間をいただく場合がございます。予めご了承ください。&gt;</p> <p>本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 年 月 日</p> <p style="margin-left: 40px;">被保険者 住所 氏名</p> <p style="margin-left: 40px;">代理人 住所 氏名</p>												

**<被保険者記入欄> \*被保険者が未記入の場合は、医師または事業主がご記入ください。**

被保険者	記号	番号	氏名

社員番号  
(            )

事業主が証明するところ	⑱ 労務に服さなかった期間		年      月      日から	日間	
			年      月      日まで		
	⑲ 上の期間中の分として支払う報酬関係	㊲ 全額支給した場合 又は支給する場合	年   月   日から 年   月   日まで	金                      円 (   月   日支払)	日 額 金                      円
		㊳ 一部支給した場合 又は支給する場合	年   月   日から 年   月   日まで	金                      円 (   月   日支払)	日 額 金                      円
	㊴ 現在までも又、将来も支給しない場合はその旨				
⑳ 備考	(該当する場合に○印)      時給      ・      日給 *時給者の場合 所定時間：                      h/日、時給単価：@                      円 *日給者の場合 日給単価：@                      円				
上記のとおり相違ないことを証明します。  年      月      日  事業主      住      所 事業所名 氏      名					

療養を担当した医師が意見を書くところ	㉑ 傷      病      名				
	㉒ 発病又は負傷の原因				
	㉓ 発病又は負傷の年月日		年      月      日	㉔ 療養の給付を開始した年月日	年      月      日
	㉕ 労務不能と認めた期間		年      月      日 から 年      月      日 まで	㉖ 左の期間中の診療実日数	日間 (※)
	㉗ 上の㉕の期間中に入院した期間がある場合はその期間		年      月      日から	年      月      日まで	日間
	㉘ 傷病の主状態及び経過概要 (※)診療実日数が0日の場合はその理由も明記				
	上記のとおり相違ありません  年      月      日  住      所 医療機関名 氏      名  TEL                      (            )				

\* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容の証明者が氏名(サイン)をご記入ください。  
傷病手当金 2/2