

科目・支給決定額	法定	款	項	目	円
	付加金	款	項	目	円
	延長付加	款	項	目	円
期	日				
総支給額	円				

承認印	常務理事	事務長	係

資格喪失	資	得	給	始
	格	喪	付	終

傷病手当(付加)金請求書

(第 回)

※給付額の計算書別添

被保険者が記入する欄	①請求書提出年月日	令和 年 月 日	* 1枚目①~⑩、および2枚目上部⑪~⑫はどなたも必ず記入してください。			
	②被保険者証の記号・番号	記号	番号	③被保険者氏名	印	
	④被保険者現住所	〒 日中連絡の取れる電話番号() □勤務先 □自宅 □その他				
	⑤傷病名	⑥発病または負傷の年月日	昭 平 年 月 日	令		
	⑦会社での業務の種別(具体的に)	【 主なものにマル … デスクワーク ・ 立ち作業 ・ 重量物を持つなど、体力を使う作業 】 具体的に []				
	⑧発病または負傷の原因(具体的に)	【 通勤途上や業務上で負傷または発病したものですか …… はい ・ いいえ 】 【 第三者の行為によって負傷したものですか …… はい ・ いいえ 】 具体的に []				
	⑨傷病の療養のため休んだ期間	平成 / 令和 年 月 日から	平成 / 令和 年 月 日まで	日間	本請求書1部で請求できる期間は、3か月までです。	
	⑩振込先口座(被保険者名義)	銀行名	銀行コード	口座番号	1.普通 2.当座	⑨は本請求書での傷病手当金請求希望期間を記入してください。
		支店名	支店コード	名義(カタカナ)		

傷病手当(付加)金の受領を事業主に委任する場合ご記入ください。(会社から承認が得られている場合のみ使用できます)

委任状

私は、傷病手当(付加)金の受領を事業主(会社名:)に委任します。

令和 年 月 日 被保険者氏名 印

障害年金を受けているとき、または、受けられるときご記入ください。(年金証書(写)か年金決定通知書(写)を添付してください)

年金の種類(該当するものすべてに○)	A. 障害基礎年金 B. 障害厚生年金 C. 障害手当金	年金総額	円	支給事由となった傷病名	
支給開始年月日	昭 平 年 月 日 令	年金コード		基礎年金番号	—

退職者の方が老齢年金を受けているとき、または、受けられるときご記入ください。

年金の種類	A. 老齢基礎年金 B. 老齢厚生年金	年金総額	円	基礎年金番号	—
支給開始年月日	平成 年 月 日 令和	年金コード		受付日付印	

令和1年6月改訂

【個人情報の取り扱いについて】

本請求書に記入された個人情報は、本請求書に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。

①被保険者証の 記号・番号	記号	番号	⑫被保険者氏名
------------------	----	----	---------

①～⑨まですべての欄に記入をお願いいたします。 *本請求書1部で請求できる期間は、3か月までとなっております。

療養を担当した医師の意見記入欄	①傷病名																														
	②発病または負傷の原因の詳細																														
	③傷病の主状態 および治療内容・経過概要の詳細																														
	④発病または負傷の年月日	昭和 / 平成 / 令和	年	月	日																										
	⑤療養の給付を開始した年月日	昭和 / 平成 / 令和	年	月	日																										
	⑥労務不能と認められた期間	平成	年	月	日から	日間	⑦左の期間の 診療実日数	日間																							
		令和	年	月	日まで																										
	⑧診療日(○で囲む)																														
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
⑨上記のとおり相違ない事を証明する。																															
令和 年 月 日																															
住所 医療機関名 氏名																															
印																															

事業主証明欄	④Aの期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況	平成 / 令和	年	月	日から	日間	(備考)
		平成 / 令和	年	月	日まで		円
		平成 / 令和	年	月	日から	日間	
		平成 / 令和	年	月	日まで		円
		平成 / 令和	年	月	日から	日間	
		平成 / 令和	年	月	日まで		円
	⑩報酬を支給しない場合、その旨						
⑤上記のとおり相違ない事を証明する。							
令和 年 月 日							
住所 事業所名 氏名							
印							

* 休職で無給の場合は、
⑩欄にその旨記載してください
* 無給の場合も、給与明細等を添付してください

⑧上記期間中の出勤・有給・公休・欠勤を【出勤・・・○、有給・・・△、公休・・・公、欠勤・・・/】でそれぞれ記入してください