

傷病手当金 請求書 () 回)
延長傷病手当金付加金

事務長	担当者	担当者	入力者
受付日			

健保記入欄	支給額	法定給付	¥	
		付加給付	¥	
支給期間		から	取得日	
		まで	給付開始日	

被保険者証等記号番号	被保険者氏名		職 種 (仕事の内容)	
現住所	〒			
発病負傷年月日	令和 年 月 日	発病・負傷の原因	※原因がケガによる時は負傷原因報告書を添付してください	
労務不能期間 (有給期間含む)	令和 年 月 日から	日間	発病・負傷の原因	※原因がケガによる時は負傷原因報告書を添付してください
	令和 年 月 日まで		第三者行為によるものですか	
労務不能期間の療養状況	* 病状やどのように過ごしたかをご自身で具体的に記入してください			
障害年金または障害手当金を受給していますか	はい ・ いいえ ・ 手続中	※「はい」「手続中」の方は病名を記入してください	老齢年金を受給していますか	はい ・ いいえ
	在籍中の方は障害年金または障害手当金のみ年金支給額決定通知書の写しを添付してください(年金額がわかる書類)			
受領委任欄	請求金額の受領を事業主(または代務者)に委任します。		被保険者氏名	印
(被保険者が記入する欄と同一の印鑑を使用すること)				

傷病名	発病又は負傷の年月日		令和 年 月 日
	療養の給付開始年月日		令和 年 月 日
労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から	左記期間中の入院期間	令和 年 月 日から
	令和 年 月 日まで		令和 年 月 日まで
労務不能と認められた期間中の「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等詳しく記入してください。			
症状経過からみて、従来の職種について労務不能と認められた医学的所見			
上記のとおり相違ありません。			
令和 年 月 日	医療機関所在地	医療機関の名称	医師の氏名
			印

		資格喪失年月日	令和 年 月 日
労務不能期間 (有給期間含む)	令和 年 月 日から	給料の種類	月給・月給日給・日給
	令和 年 月 日まで		時間給・その他()
給料の縮切日		給料支払日	
労務不能期間に対して、賃金を支給しましたか		はい ・ いいえ	復職状況
※「はい」の場合は報酬の詳細を下欄に記入してください		復職(月 日) ・ 未定	
次回請求		有 ・ 無 ・ 不明	
報酬の名称	月額	支給対象期間	支給額
基本給・月額・日額・時間給	円	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで(日分)	円
手当等()	円	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで(日分)	円
手当等()	円	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで(日分)	円
手当等()	円	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで(日分)	円
通勤手当	有 (定期代 ・ ガソリン代) ・ 無 (ID証 ・ 徒歩など)		
	JR・地下鉄 その他()	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで(ヶ月分)	円
	JR・地下鉄 その他()	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで(ヶ月分)	円
	ガソリン代	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで(ヶ月分)	円
所属長	役 職	事業主または代務者	上記のとおり相違ないことを証明します。
	氏 名	印	印

- ※組合記事欄
- (注意事項)
- 第1回目の請求時は、出勤簿の写し・賃金台帳の写しを添付してください。また、欠勤控除が翌月以降もある場合も必要です。
 - 請求時に、受診状況・治療録全般について、照会・資料収集を行う事、診察担当医師や担当保健師に、質問・意見書の依頼、情報交換を行う事があるため、第1回目の請求時に同意書を添付してください。審査等のため支給決定までに時間がかかる場合があります。
 - 傷病手当金は被保険者が業務外の病気やケガで療養のため仕事を休み、その間給与等が支払われないとき、被保険者の生活費を保障するための保険給付ですので、1か月毎に請求してください。数か月まとめて請求される場合及び請求時期が遅れる場合には、遅延理由書の添付が必要です。
 - 被保険者・保険医・事業主が訂正したところは、各記入者欄と同じ印を訂正印として押してください。
 - 通勤手当で払戻しがある場合は、払戻証明書の写しを添付してください。
- 被保険者が退職する場合は、振込先を記入してください。(ゆうちょ銀行への振込みはできません)

銀行振込先	銀行・信用金庫	支店	普通 ・ 当座 ・ その他()
	口座番号	口座名義人	フリガナ
	請求者	印	