

# 傷病手当金・付加金請求書(第 回)

支給決定	平成 年 月 日
常務理事	事務長 担当

平成 年 月 日提出

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の記号番号	記号	番号	フリガナ	氏名	印
	被保険者住所	〒 電話番号				
	生年月日	昭和 平成	年	月	日	日中の連絡先 電話番号
	老齢・障害(厚生) 年金手当金の有無 *1	有 ・ 無 ・ 申請中				年金証書番号
	傷病手当金を 申請する場合 (資格喪失後も継続給 付希望者含む)	老齢又は退職を事由とする公的年金等を受給していますか				はい ・ いいえ ・ 申請中
		失業保険給付を受給していますか (傷病手当と重複して受給は不可)				はい ・ いいえ ・ 申請中
		生活保護等を受給していますか (傷病手当と重複して受給は不可)				はい ・ いいえ ・ 申請中
		その他助成等を受けていますか(助成名 )				はい ・ いいえ ・ 申請中
	傷病名	発病または 負傷の年月日			昭和 平成	年 月 日
	発病または 負傷の原因	負傷の 発生状況			私用 ・ 工作中 ・ 通勤途中 その他( )	
	第三者行為 (喧嘩・事故等) によるものですか				はい	いいえ
	病気・ケガのため 休んだ期間	平成 年 月 日 から		ただし、( )日間は 日間 有給・出勤のため除く		
	病気・ケガのため 休んだ期間	平成 年 月 日 まで				
	病気・ケガのため 休んだ期間に 報酬を受けました か	1. 受けた 2. 受けない 3. 今後受ける 4. 今後も受けない	1 と 3 の場合は その報酬の 期間と金額 を記載ください		平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで
	休んだ期間に 入院期間が ある時	病院名				
入院期間		平成 年 月 日	から	平成 年 月 日	日間	
(委任状欄)*2						
本請求に基づく給付金に関する受領を _____ に委任いたします。						
被保険者氏名					印	

\*1 障がい年金手帳お持ちの方はコピー提示願います。

\*2 労務契約をしています事業会社へ健保より給付金を支払う為の委任状です。 \_\_\_\_\_ には事業会社名を記載ください。出向先事業会社ではありませんのでご注意ください

※勤務表の写しを添付してください

事業主証明欄	労務に服さなかった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間 ただし、( )日間は 有給・出勤のため除く	
	期間分として支払う報酬	支給する 支給しない	支給した場合の 期間・金額	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間 円
上記の通り 相違ありません。平成 年 月 日				
事業主 住所 名称 印				

療養を担当した医師の意見欄	傷病名																							
	発病または負傷の原因																							
	病または負傷の年月日	年 月 日頃	診察を開始した年月日	年 月 日																				
	労務不能と認められた期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	左記の期間中 診療実日数	日間																				
	診察日を○で囲んでください	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																					
		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																					
	上記のうち入院期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	入院費用の負担	1. 健保 2. 自費 3. 公費 4. その他																				
	労務不能と認められた期間中の「主たる症状及び経過」「治療内容・検査結果・療養指導」出来るだけ詳しくご記入ください。			転帰 治癒 中止 継続 転院 その他 ( )																				
	症状経過から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見をご記入ください。																							
上記の通り 相違ありません。平成 年 月 日																								
医師 住所 医療機関名 医師名 印 電話 ( )																								

健康保険組合記入欄	支給期間および支給日数	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	受給開始日	年 月 日
	支払の基準となる日額	円	傷病コード	支給算出合計額 円
	法定 支払の基準となる日額×2/3×	日＝	受付日付印	
附加 支払の基準となる日額×15%×	日＝			