

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	健康 一郎 (印)	
	被保険者住所	〒 * * * - * * * * * * 県 * * 市 * * * 町 * * * * * * * * * * * *				
	生年月日	(昭和) * * 年 * * 月 * * 日 平成	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	左大腿骨骨折		発病または 負傷の年月日	昭和 * * 年 * * 月 * * 日 (平成)	
	発病または 負傷の原因	つまづいて転倒		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)		いつ		* * 年 * * 月 * * 日	
病気・ケガのため 休んだ期間	平成 * * 年 * * 月 * * 日 から		ただし、(3)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	
休んだ期間に 入院期間が ある時	病院名 * * * 市立総合病院					
	入院期間	平成	年	月	日 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 <u>サッポロビール(株)</u> に委任いたします。 被保険者氏名 健康 一郎 (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。