

傷病手当金・傷病手当金付加金請求書（第 回目）

欄は記入しないで下さい。

①被保険者等 記号・番号		2被保険者の 業務の種別	
3事業所の名称 及び所在地	名称	所在地	
4資格を取得 した年月日	年 月 日	5標準報酬月額	000円
6老人保健法の医 療を受けたとき	市町村 番号	受給者 番号	発行 機関名
7介護保険のサー ビスを受けたとき	保険者 番号	被保険 番号	保険者 名称
8発病又は負傷 の年月日	令和 年 月 日	9傷病名	
10発病又は 負傷の原因			11第三者行為によるものですか いいえ ・ はい
12労務に服するこ とができなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間
13上記期間の報酬の全 部又は一部を受けた とき、又は受けるこ とができるときは、 その報酬額及び期間	年 月 日から 年 月 日まで	受けた報酬額 受けることができる報酬額	日間 円 円
14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	ア年金の種別	障害年金・障害手当金	イ年金額
	エ年金を受ける こととなった 年月日	年 月 日	オ障害年金を受けて いる場合は基礎年金 番号・年金コード
15 任意 資格 喪失 被保 険者 の方	ア 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・請求中・いいえ
	イ 老 齢（ 退 職 ） 年 金 の 名 称	ウ 基 礎 年 金 番 号 及 び 年 金 コー ド 又 は 記 号 番 号 若 し く は 番 号	エ 受 給 年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
		カ 年 金 の 合 計 額	円
16 振込希望の銀行名 (退職者のみ記入)	銀行	支店(普通)	口座 座 義 フリガナ
17	上記のとおり請求します。		令和 年 月 日
	〒 住所 被保険者の (請求者) 氏名		
	住友ファーマ健康保険組合理事長 殿		

注意事項を必ずご覧の上ご記入下さい。

委 任 状	18 私は 3 に記載の事業所を代理人と定め、上記のとおり請求した傷病手当金・ 傷病手当金付加金の受領に関する権限を委任する。 令和 年 月 日 〒 住所 被保険者の (請求者) 氏名
-------------	--

続いて2枚目があります。

事業主が証明するところ	19 労務に服さなかった期間	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	日間	
	20 上記の期間中の分として支払う報酬関係	ア 全額支給した場合、又は支給する場合	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	の分として 金 円 (日額 金 円)
	イ 一部支給した場合、又は支給する場合	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	の分として 金 円 (日額 金 円)	
	ウ 現在までも又、将来も支給しない場合は、その旨						
21	上記のとおり相違ないことを証明します。						令和 年 月 日
	住所 事業主 氏名						電話 局() 番

療養を担当した医師が意見を書くところ	22 傷病名		23 発病又は負傷の原因		
	24 発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日	25 療養の給付を開始した年月日	令和 年 月 日	
	26 労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	27 診療実日数 日間	
	28 傷病の主症状および経過概要		29 上記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	
			入院の費用の別	健保公費 自費その他	
30	上記のとおり相違ありません				令和 年 月 日
	住所(所在地) 医師 医療機関名 氏名				印
					電話 局() 番