

傷病手当金・傷病手当金付加金請求書 (第 〇 回目)

欄は記入しないで下さい。

注意事項を必ずご覧の上ご記入下さい。

① 被保険者等 記号・番号	** - **** **		2 被保険者の 業務の種別	営業	
3 事業所の名称 及び所在地	名称	株式会社		所在地	市 町 丁目 番 号
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	左下腿骨複雑骨折		
10 発病又は 負傷の原因	**年**月**日午前7時、自宅の階段を 降りる際転倒し、左足を骨折				11 第三者行為によるものですか <input checked="" type="radio"/> 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	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 年金の種類	障害年金・障害手当金	イ 年金額	ウ 年金の支 事由とな った傷病 名	給 付 名
	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	オ 年 金 額	
			年 月 日	円	
			年 月 日	円	
			年 月 日	円	
	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 名 義	フリガナ
17	上記のとおり請求します。				令和 **年 **月 **日
	〒 **** - ****				
	住所	市 町 丁目 番 号			
	(請求者) 氏名	健保 太郎			
	住友ファーマ健康保険組合理事長 殿				

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 市 町 丁目 番 号 被保険者の (請求者) 氏名 健保 太郎
-------------	----	--

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	年 月 日から 年 月 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	年 月 日から 年 月 日まで の分として 金 (月 日支払) 円 (日額 金 円)
	イ 一部支給した場合、又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで の分として 金 (月 日支払) 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	
	事業主 住所 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	年 月 日	25 療養の給付を開始した日 年 月 日
	26 労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	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
		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	
	医師 住所(所在地) 医療機関名 氏名	電話 局 () 番	印

証明をもらって下さい