

傷病手当金 請求書（第 回）
延長傷病手当金付加金

年 月 日

被 保 険 者 の 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証		②被保険者の氏名・生年月日		年 月 日	
	記号	番号	年 月 日			
	③被保険者の現住所		〒			
	④事業所名					
	⑤被保険者の職種		⑥発病または負傷年月日			
	⑦傷病名					
	⑧発病時の状況について (負傷の場合は負傷の原因)					
	⑨申請期間中の症状等について詳しく		病状の経過・通院状況・治療内容・医師からの指示内容等具体的に記入してください。			
	⑩療養の為に労務に服することができなかった期間		自 年 月 日	至 年 月 日	日間	
	⑪上記の(労務に服することができなかった)期間中に報酬を受けたとき、又は受けられるときは、その期間とその報酬		報酬を受けた期間		報酬金額	
⑫任意継続被保険者又は資格喪失者の方		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		いいえ・請求中・はい		
		年金コード又は記号番号もしくは番号		年金額		
				円		
⑬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		年金の種類	障害年金・障害手当金	年金額	円	
		年金の支給事由となった傷病名		障害年金証書の記号番号		

私は、本手当金の支給に際し、貴健康保険組合が必要に応じ、関係機関に必要な情報を提示すること、および照会することに同意します。また、この請求書の写しも有効であることに同意します。

受 付 印

被保険者氏名 _____

事 業 主 証 明 欄	労務に服できなかった日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	有給	日
	出勤は○ 有給は△ 公休は□ 欠勤は×	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	有給	日
支 払 の 報 酬	全部支給したまたは支給できる場合	年 月 日から		の分として		金 円	(日額 金 円)														
	一部支給したまたは支給できる場合	年 月 日まで		の分として		金 円	(日額 金 円)														
	現在までもまた将来も支給しない理由																				
上記のとおり相違ないことを証明します。										年 月 日											
事業所		住所		名称		氏名		電話 () 番													

担 当 医 の 意 見 書	傷病名					発病または負傷の原因
	発病又は負傷の年月日	年 月 日	療養の給付を開始した年月日	年 月 日		
	労務不能と認めた期間	自 年 月 日 日間	入院期間	自 年 月 日 日間	診療実日数	
		至 年 月 日 日間		至 年 月 日 日間		
	傷及び経過の概要	(労務不能と認めた期間について、労務に服することができない旨の意見を必ずご記入下さい。)				
	年 月 日		医療機関名及び住所 (電話 - -) 保険医氏名			

委 任 状	年 月 日	被委任者 事業所名及び 事業主名
	表記請求金額の受領を被委任者へ委任します。	被保険者氏名