

傷病手当金請求書(第 回)

被保険者の記入欄	被保険者証の記号・番号	—		事業所の名称													
	傷病名	発病又は負傷の年月日		() 年	月	日											
		発病又は負傷の原因 (詳しく記入)															
傷病による休業期間	() 年	月	日	から	() 年	月	日	障害厚生年金または、 障害手当金を受給していますか	* はい・いいえ 請求中								
事業主証明欄	本人の給与の種類	* 月給・日給月給・販売月給・時給・その他			事業主の住所(所在地)・氏名(名称)と印												
	労務に服さなかった期間	() 年	月	日	から	() 年	月	日	本人の業務の種類	左記のとおり相違ないことを証明します。 () 年 月 日							
	上記期間中に給料手当等を支給した(する)こと		* 有・無														
	支給金額	円	支給期間	月	日から	月	日	日間	電話() —	Ⓜ							
診療担当者の意見欄	傷病名	発病又は負傷の日		() 年	月	日	発病又は負傷の原因										
		療養の給付開始日		() 年	月	日											
	労務不能と認められた期間	() 年	月	日	から	() 年	月	日	日間	診療実日数	入院	月	日	から	月	日	日間
	上記期間の主たる症状・経過(詳細に)				診療担当者の住所・医療機関名・氏名と印			上記のとおり相違ありません。 () 年 月 日									
	労務不能と認められた医学的な所見					電話() —			Ⓜ								
請求者	上記のとおり請求します。なお、支払いについては、下記指定のとおりお願いします。 () 年 月 日 住所 〒 — フリガナ _____ 氏名 _____ Ⓜ 被保険者との関係 * 本人・配偶者・子・直系尊属・その他																
	給付金受取先	下記指定の口座に振り込み願います。															
ゆうちょ銀行		記号		番号													
フリガナ		フリガナ		本店 普通		支店 当座 口座番号											
		銀行		本店		普通		口座番号									
		金庫・農協		支店		当座											

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。

備考

(マイナンバーを記載した場合は個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。また、番号が他の人に見えないように封筒にいれて提出してください。)

(注意事項)

- 1 *欄は該当の文字を○で囲んでください。
- 2 訂正箇所は請求者印と同一印で押印してください。
- 3 原則給与口座に振り込みますので、給付金受取先の記入は不要です。

請求者は被保険者本人となります。

<p>健保受付印</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
--