傷 病 手 当 金 請 求 書（第 1 回）

被保険者の記入欄

被保険者の記号・番号	1 ― 248999	事業所の名称	河合楽器製作所
傷病名	胃潰瘍	発病又は負傷の年月日	（ 令和 ） 1 年 6 月 10 日
		発病又は負傷の原因（受診した経緯を詳しく記入）	6/10の朝、激しい胃痛があり、病院へ受診したところ入院となった。
傷病による休業期間	（令和）1 年 6 月 10 日 から （令和）1 年 7 月 2 日 23 日間	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)
労務に服さなかった期間	（ ） 年 月 日 から （ ） 年 月	本人の	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			
支給金額	円	支給期間	月 日から 月 日 日間
			電話（ ） ―

事業主の記入欄

診療担当者の意見欄

傷病名		発病又は負傷の日 療養の給付開始日	（ ） 年 月 日 （ ） 年 月 日
発病又は負傷の原因（受診理由）			
労務不能と認めた期間	（ ） 年 月 日 から （ ） 年 月 日	診 療	日
入院期間	月 日 から 月 日 日間		
上記期間の主たる症状・経過（詳細に）			担当者の住所・医療機関名・氏名 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（ ） ―

診療担当者の記入欄

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。

（令和） 1 年 7 月 15 日

住 所 〒 430 ― 0925
浜松市中央区寺島町 9999

フリガナ ケンポ カズオ
氏 名 健保 和夫 印 ← 代理申請の場合、捺印（本人直筆の場合は不要）

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

銀行 本店 普通
金庫・農協 支店 当座 口座番号

※被保険者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。
（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。）

備考

健 保 受 付 印

（注意事項）

1 ＊欄は該当の文字を○で囲んでください。
2 記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容の記載と証明者、または訂正者の押印をお願いします。
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。