

傷病手当金請求書 (第 回)

被 保 険 者 が 記 入	被保険者氏名	日新 太郎		事業所の名称	日新電機株式会社	
	被保険者証の記号番号	11-123456	標準報酬月額	記入不要	所 属	調査課 係 (内線 56789)
	傷病名	医師の証明と同様に記入ください		発病又は負傷の年月日	元号●●年 10月 1日	
	発病又は負傷の原因	医師の証明と同様に記入ください		療養のため労務に服せなかった期間	自 元号●●年 1月 1日 至 元号●●年 1月 31日 31日間	
	第三者行為によるものですか (交通事故等)	はい	いいえ	障害厚生年金を受けていますか	はい	いいえ
	労働者災害補償保険法に基づく給付を受けていますか	はい → 支給決定通知書の写しを提出してください いいえ → 給付を受けるに至った場合は速やかに連絡してください (法第55条第2項等の規定に基づき労働基準監督署等に受給状況を確認する場合があります)				
医 師 又 は 歯 科 医 師 の 意 見	傷病名			発病又は負傷の年月日		
	発病又は負傷の原因			診療開始年月日		
	労務不能と認められた期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	診療実日数	日間	
	傷病の主症状及び経過概要					
	入院の期間	自 年 月 日 至 年 月 日		日間		
	上記のとおり相違ない事を証明します。 所在地 _____ 年 月 日 病院又は診療所 名称 _____ 氏名 _____ 印					
事 業 主 の 証 明	労務に服せなかった期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	左記の期間中に支払った報酬総額	/ ~ / ¥	
	上記のとおり相違ない事を証明します。 所在地 _____ 年 月 日 事業主 名称 _____ 氏名 _____ 印					

担当医に記入してもらってください

労務不能の末日より後の日付

上記のとおり 傷病手当金 を申請します。
なお私の受ける上記給付金の受領方を日新電機株式会社 社長 _____ に委任します。

元号●●年 2月 5日

日新電機健康保険組合理事長 殿

住所 京都市右京区梅津●▲町 1234
被保険者 氏名 日新 太郎 印

住所氏名を記入、押印してください

支給決定及び支給決議額

常務理事	事務長	係	支給月日	支給期間	法定給付
			年 月 日	自 月 日 至 月 日 日間	