

傷病手当金請求書 (第 回)

被 保 険 者 が 記 入	被保険者氏名			事業所の名称			
	被保険者証の記号番号	—	標準報酬 月 額		所 属	係 (内線)	
	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			療養のため 労務に服せ なかつた期間	自 年 月 日	至 年 月 日 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 なかつた期間	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						

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。
 年 月 日

住 所 _____
 被保険者 氏 名 _____ 印

日新電機健康保険組合理事長 殿

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	