

傷病手当金請求書 (第 回)

被 保 険 者 が 記 入	被 保 険 者 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 5678)
	傷 病 名	医師の証明と同様に記入下さい		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	同上		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	
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 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下さい

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10月17日

住 所 京都市右京区梅津●△町C
 被保険者 氏 名 日新 太郎 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	