

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 (内線 係)
	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 っ 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
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 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 _____			

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	