

傷病手当金請求書

※第1回目請求時は、当傷病が原因で休みはじめた日から記入してください。(有休・公休等含)

ダイフク健康保険組合 殿

(第 回 目)

被	被保険者証の記号・番号	11 — 123456	業務の種類	事務 営業 技術 製造 サービス その他		
	事業所名称 および所在地	株式会社〇〇〇〇	所在地	〇〇県〇〇市△△町1		
保	被保険者(請求者)の氏名・印	健保 太郎 (健保印)	被保険者(請求者)の住所	〇〇県〇〇市△△町1-2-3		
	傷病名	胃がん	発病または負傷の年月日	平成 XX年 XX月 XX日頃	標準報酬月額	000 千円
険	発病または負傷の原因	3月頃より食欲がなく、体調も悪かったため病院で検査したところ、病気がみつかった。				
	労務に服することができなかった期間	平成 XX年 XX月 XX日 から 平成XX年XX月XX日 まで 10 日間				
者	老人保健法による医療を受けた時	市町村番号	受給者番号	発行機関名		
	障害厚生年金、障害手当金を受けているとき、または受けることができること※	年金の種類	障害厚生年金 障害手当金	年金額	000,000円	年金の支給事由となった傷病名
が		年金を受けることとなった年月日	平成XX年XX月XX日	傷害年金を受けている場合は障害厚生年金証書の記号番号	0000000000	
	振込先希望銀行	〇〇 銀行 △△ 支店 普通 口座番号 123456 口座名義(カナ) ケンポ タロウ				
入	上記のとおり請求します。				平成 XX年 XX月 XX日	
	被保険者の住所	〒123-4567 〇〇県〇〇市△△町1-2-3				氏名 健保 太郎 (健保印)

事	上記期間中のうち労務に服できなかった期間	平成 XX年 XX月 XX日 から 平成 XX年 XX月 XX日 まで	※事業主(会社)が記入(証明)して下さい。			日間	
	業	⑦ 全額支給した場合、又は支給する場合	平成 XX年 XX月 XX日 から 平成 XX年 XX月 XX日 まで	の分として	金 00,000 円 (XX月XX日支払)	(日額 金0,000 円)	
① 一部支給した場合、又は支給する場合		平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	の分として	金 円 (月 日支払)	(日額 金 円)		
⑦ 現在までもまた将来も支給しない場合は、その旨		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX。					
証	上記のとおり相違ないことを証明します。					平成 XX年 XX月 XX日	
	事業主の住所	〇〇県〇〇市△△町1				氏名 株式会社〇〇〇〇	電話 (123) 1234-5678

療	傷病名	胃がん	発病又は負傷の原因	※医師が記入(証明)して下さい。							
	発病又は負傷の年月日	平成 XX年 XX月 XX日	診療開始年月日	平成 XX年 XX月 XX日							
養	を担	当	した	医師	の	意	労務不能と認めた期間	平成 XX年 XX月 XX日 から 平成 XX年 XX月 XX日 まで	11 日間	診療実日数	11 日間
							入院した期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間		
見	傷病の主症状及び経過概要	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX。									
	上記のとおり相違ありません。					平成 XX年 XX月 XX日					
医師の住所		〇〇県〇〇市△△町1				氏名 〇〇 〇〇〇	電話 (123) 1234-5678	医師印			

この欄は、給付金の受取りを代理人に委任する場合のみ記入ください。

受	取	代	理	人	の	欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。	代理人の氏名・印	被保険者との関係
							平成 年 月 日	(フリガナ)	
被保険者(請求者)住所		代理人の住所・電話番号		電話 ()					

※ 障害厚生年金・障害手当金等を受けられる場合は、その差額を支給するなどの調整を行いますので受給されている場合は必ずご記入願います。