

傷病手当金請求書

ダイフク健康保険組合 殿

(第 回)

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---|----|---------------------|--|--------------|----------------------|-----------|----------|--------------------------------|----|--|
| 被 保 者 の 記 入 欄 | 被保険者証の記号・番号 | | — | | 業務の種類別 | 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 | | 名称 | | | 所在地 | | | | | |
| | 被保険者(請求者)の氏名・印 | | | | | (印) 被保険者(請求者)の住所 | | | | | |
| | 傷病名 | | 発病または 負傷の年月日 | | 平成 | 年 | 月 | 日頃 | 標準報酬 月額 | 千円 | |
| | 発病または負傷の原因 | | | | | | | | | | |
| | 労務に服することができなかった 期間 | | | | | | | | | | |
| | 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 できるとき ※ | | 年金の 種別 | | 障害厚生年金・障害手当金 | | 年金額 | | 年金の支給事由と なった傷病名 | | |
| | | | 年金を受けることと なった年月日 | | 平成 | 年 | 月 | 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 | | |
| | 振込先希望銀行 | | | | | | | | | | |
| 被保険者、または受取 代理人名義のもの | | 銀行 | | | 支店 普通 口座番号 | | | 口座名義(カナ) | | | |
| 上記のとおり請求します。 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 被保険者の住所 〒 — 氏名 (印) | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|----|----|---|-----|----|---|---|-----|-------|-----------------|---------------|
| 事 業 主 の 証 明 欄 | 上記期間中のうち 労務に服さなかった期間 | | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで | | 日間 | | | | | | | | | |
| | 上記期間中 における 報酬 | ⑦ 全額支給した 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] |
| | | ⑧ 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] |
| | | ⑨ 現在までも また将来も支 給しない場合 は、その旨 | | | | | | | | | | | | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 事業主の住所 氏名 (印) 電話 () | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------|--|-----------|---|----|-----|---------|-----|----|-----|----|-------|----|
| 療 養 を 担 当 し た 医 師 の 記 入 欄 | 傷病名 | | 発病又は負傷の原因 | | | | | | | | | | |
| | 発病又は負傷の年月日 | | 平成 | 年 | 月 | 日 | 診療開始年月日 | | 平成 | 年 | 月 | 日 | |
| | 労務不能と認めた期間 | | 平成 | 年 | 月 | 日から | 平成 | 年 | 月 | 日まで | 日間 | 診療実日数 | 日間 |
| | | | 入院した期間 | | 平成 | 年 | 月 | 日から | 平成 | 年 | 月 | 日まで | 日間 |
| | 傷病の主症状 及び経過概要 | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 医師の住所 氏名 (印) 電話 () | | | | | | | | | | | | | |

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。 | | 平成 年 月 日 | | 代理人の氏名・印 (フリガナ) | | | 被保険者との関係 | |
| | 被保険者(請求者) 住所 | | | | (印) | | | | |
| | 氏名 | | | | 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。