

傷病手当金請求書 (第 回)

| | | | | | | | |
|---|-------|-------|------|-----|-----|----|-------|
| 款 | 保険給付費 | 支給決定額 | 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 受付 | 年 月 日 |
| 項 | 法定給付費 | | | | | 伺 | 年 月 日 |
| 目 | 傷病手当金 | 円 | | | | 決裁 | 年 月 日 |

| | | | | | |
|-------|---------|---------|-----------|-----------|---------|
| ※算出基礎 | 療養の給付開始 | 審査により控除 | 賃金支給により控除 | 年金支給により控除 | 支給額 |
| | 年 月 日 | 自 年 月 日 | 自 年 月 日 | 自 年 月 日 | 自 年 月 日 |
| | 傷手支給開始 | 至 年 月 日 | 自 年 月 日 | 自 年 月 日 | 至 年 月 日 |
| | 年 月 日 | 日間 | 日間 | 日間 | 日間 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |

| | | | | | | | |
|------------|-------------------------|---------------------------------|---|-------------|------------------------------|----------------|--|
| | 被保険者証の記号 番号 記号・番号 | 事業所の名所 所属 トール | | | | | |
| | 被保険者の氏名及び住所 | 〒 [] [] [] - [] [] [] [] | | TEL () () | 携帯 () () | | |
| 被保険者が記入する欄 | 被保険者の業務の種別 | 標準報酬月額 | 千円 | 資格取得年月日 | 昭和 | 年 月 日 | |
| | 傷病名 | 発病又は負傷の原因 | | 発病又は負傷の年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 | |
| | 労務に服することができなかった期間 | 年 月 日から 年 月 日まで 日間 | 左記の期間中において報酬の全部又は一部を受けたとき又は受け得るときはその報酬額及び期間 | | 年 月 日から 年 月 日まで (日給 円) | 日間 円を支給された。 | |
| | 健康保険を使って病院等に入院した場合 | 病院名 | | 所在地 | | | |
| | | 入院した期間 | 年 月 日から | 年 月 日まで | 日間 | | |

| | | | |
|-------------------|------------------------------------|------------------------|----------------------------------|
| 公的年金等(障害年金含)受給の有無 | 1. 受給中 2. 受給手続き中 3. 受給終了 4. 非受給 | 受給種別及び年金等を受取ることとなった年月日 | 1. (障害)年金 2. 障害手当 昭・平・令 年 月 日 |
|-------------------|------------------------------------|------------------------|----------------------------------|

| | | | | | | |
|--------|---|--|--|-------------|--|-------|
| 受取代理人欄 | 本請求に基づく給付金に関する受取を代理人に委任にします。(※委任する場合のみご記入ください。) | | | | | |
| | 被保険者 住所 氏名 | | | | | 年 月 日 |
| 代理人の氏名 | (フリガナ) | | | 委任者と代理人との関係 | | |

| | | | | | |
|--------|----------------------------------|----|-------|--|------|
| 支払金融機関 | (※申請時に被保険者資格を喪失している場合のみご記入ください。) | | | | 口座番号 |
| | 銀行・農協 | 本店 | 普通・当座 | | |
| | 信金・信組 | 支店 | | | |
| | ゆうちょ銀行 | 店名 | | | |
| | (フリガナ) | | | | |
| | 口座名義人 | | | | |

※口座確認のため通帳(口座番号・口座名義の判る部分)の写しを添付してください。

年 月 日

※裏面に事業主証明欄及び医師の意見書欄があります。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|----------------|--------------------|---------------------------------|---------|----|----|---------|----|----|------------|----|----|-------|----|----|----|----|----|---------|
| 事業主が証明する欄 | 労務に服さなかった期間 | | 出勤は○、有給は△、公休は□、欠勤は×でそれぞれ示して下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 年 月 日から | 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 出勤 日 |
| | 年 月 日まで | 月 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | |
| | 日間 | 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 有給 日 |
| 月 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | | | |
| 上記期間中支給する全部 | | 年 月 日から 年 月 日まで 日分 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| または一部の報酬と期間 | | 報酬額 円 (日額 円) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業主氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師の意見欄 | 傷病名 | | | | | | | | | 発病または負傷の原因 | | | | | | | | | |
| | 発病または負傷年月日 | | | 年 月 日 | | | 初診日 | | | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| | 労務不能と認めた期間 | | | 年 月 日から | | | 年 月 日まで | | | 日間 | | | 診療実日数 | | | | | | |
| | 入院の場合はその期間 | | | 年 月 日から | | | 年 月 日まで | | | 日間 | | | 日 | | | | | | |
| | 傷病の主症状および経過の概要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 上記のとおり相違ありません。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関の所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関の名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師の氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

北海道電力健康保険組合理事長 殿