

傷病手当金請求書 (第 回)

記入見本

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	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	自 年 月 日	至 年 月 日	自 年 月 日
	年 月 日	日間	日間	日間	日間	日間	日間
	待期3日控除	円	円	円	円	円	円

氏名欄は自署願います

被保険者が記入する欄	被保険者証の記号・番号	記号	番号	事業所の名称	所属	トール	
		1000	1999999	北海道電力株式会社	本店〇〇部	80-〇〇〇〇	
	被保険者の氏名及び住所	北電 太郎		〒 060-0123	TEL 011 (〇〇〇) ΔΔΔΔ	携帯 090 (〇〇〇〇) ΔΔΔΔ	
	被保険者の業務の種別	事務	健保組合使用欄	資格取得年月日	昭和 平成 令和	30年 4月 1日	
	傷病名	悪性腫瘍	発病又は負傷の原因	不詳	発病又は負傷の年月日	昭和 平成 令和	2年 5月 10日
	労務に服することができなかった期間	2020年 6月 1日から 2020年 6月 30日まで 30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		2020年 6月 1日から 2020年 6月 7日まで 5日間 25,000円を支給された。 (日給5,000円)		
	健康保険を使って病院等に入院した場合	病院名	△△病院		所在地	札幌市東区北〇〇条東〇丁目	
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。)		年 月 日
	被保険者 住所 氏名	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 信金・信組 ゆうちょ銀行	本店 支店 店名	普通・当座	.....
	(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。

2020年 7月 10日

※裏面に事業主証明欄及び医師の意見書欄があります。

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。																
事業主が証明する欄	2020年6月1日から	1	2	3	4	5	6	7	8	9	×	×	×	×	×	15	16	出勤 0日
	2020年6月30日まで	×	×	×	×	21	22	23	×	×	×	×	×	×	29	30	31	
	30日間	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	有給 5日
	6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または一部の報酬と期間		2020年 6月 1日から 2020年 6月 7日まで 5日分 報酬額 25,000円 (日額5,000円)																
備考																		
上記のとおり相違ないことを証明します。																		
2020年 7月 11日																		
事業所所在地 札幌市中央区大通東1丁目 事業所名称 北海道電力株式会社 事業主氏名 事業主代理人 ○○○○																		
傷病名									発病または負傷の原因									
悪性腫瘍									不詳									
発病または負傷年月日			2020年 5月10日			初診日			2020年 5月12日									
労務不能と認めた期間			2020年 6月 1日から 2020年 6月30日まで 30日間												診療実日数			
入院の場合はその期間			2020年 6月 1日から 2020年 6月 6日まで 6日間												6日			
傷病の主症状および経過の概要																		
入院による抗がん剤投与およびそれに伴う副作用により労務不能。 <div style="border: 2px solid red; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 200px;">           労務不能の状況を記載         </div>																		
上記のとおり相違ありません。																		
2020年 7月 3日																		
医療機関の所在地 札幌市東区北○○条東○丁目 医療機関の名称 △△病院 医師の氏名 山田 次郎 電話番号 011 (○○○) △△△△																		
																		

北海道電力健康保険組合理事長 殿