

# 傷病手当金請求書

第 回

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ 振 込 先	被保険者氏名	フリガナ Ⓜ	生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	被保険者証の記号-番号	資格取得日	平成・令和 年 月 日	業務内容	
	現住所	〒			電話番号
	傷病名	労務不能となった原因と休業期間中の病状を詳しく記入してください。			
	*休業中医師から指示された内容：				
	発病・負傷の年月日	平成 令和 年 月 日	業務災害又は通勤災害による傷病 1 該当 2 非該当	第三者の行為（交通事故等）による傷病 1 該当 2 非該当	
	労務不能で休業した期間	令和 年 月 日から 年 月 日 日間			
	病院名	所在地			
	入院期間	令和 年 月 日から 年 月 日 日間			
	年金等の受給	1：受給中 2：請求中	種別	1 障害厚生(共済)年金 2 障害基礎年金 3 障害手当金 4 老齢基礎年金 5 老齢厚生年金 6 退職共済年金	
銀行コード	店番号	口座番号	普通		
フリガナ	フリガナ	フリガナ			
銀行名：	支店名：	口座名義人名			

\* 給付金の受取を事業主に委任するときは、下記委任欄に記入してください。

委 任 欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。	
	令和 年 月 日 住所： 被保険者 氏名： Ⓜ	住所： 代理人 氏名： Ⓜ

[添付書類]

- ・ 傷病が第三者によるものであるときは、「第三者行為による傷病届」
- ・ 障害厚生年金・手当金等受給中の場合は「障害者手帳と年金額および支給開始年月を証する書類」の写し  
(請求中の場合は「年金見込額回答書」の写し)
- ・ 退職後で、老齢又は退職年金を受給しているときは、「年金額および支給開始年月を証する書類」の写し
- ・ 資格喪失後の請求の時は加入している健康保険証の写し

受 付 印

事業主が証明するところ	被保険者証の記号一番号		被保険者氏名						
	—								
	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から 年 月 日							日間
	上記期間中の報酬支給状況	1 支給済み      2 今後支給予定      3 支給しない ※給与明細書及び出勤簿の写しを、添付してください							
	給与の種類	1 月給    2 日給    3 時間給    4 その他				締日	日	支払日	日
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日  事業所所在地 事業所名称 事業主 <span style="float: right;">㊟</span>									

療養を担当した医師が意見を書くところ	傷病名																																	
	発病・負傷の年月日	平成 令和	年	月	日	発病・負傷の原因																												
	診療開始日	平成 令和	年	月	日	転 帰	1 継続	2 転医	3 中止	4 治癒( 月 日)																								
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日 から 年 月 日							日間																									
	入院期間と費用の別	令和 年 月 日 から 年 月 日	1 自費	2 公費	3 健保	4 その他																												
	上記期間中診療した日(該当の日を○で囲む)	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日間
		年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日間
		年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日間
	傷病の主症状・経過概要 (投薬・検査・手術・療養の指示など詳しくご記入ください)																																	
	症状経過からみて従来職種について労務不能と認められた医学的な所見																																	
上記のとおり相違ありません。									*上記「労務不能と認められた期間」が経過した後でご署名ください。																									
令和 年 月 日																																		
医療機関所在地																																		
医療機関名		㊟																																
担当医氏名																																		