

常務理事	事務長	担当
支給決定 平成 年 月 日		

(延長) 傷病手当金・付加金請求書(第 回)

平成 年 月 日提出

被 保 者 記 入 欄	被保険者証の記号番号	記号	番号	フリガナ	氏名	印
	被保険者住所	〒				
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	被保険者の 業務の種類別		
	事業所名称			事業所コード		
	老齢・障害(厚生)年金 手当金の有無	有・無・請求中		年金証書番号		
	障害(厚生)年金等の 受給病名			老齢・障害(厚生) 年金等の額		
	老人保健医療 受給証	市町村番号	受給者番号	発行機関名		
	傷病名			発病または 負傷の年月日	昭和 平成	年 月 日
	発病または 負傷の原因			負傷の 発生状況	私用・仕事中・通勤途中・その他( )	
	第三者行為に よるものですか				いつ	どこで
病気・ケガのため 休んだ期間	平成 年 月 日 から		ただし、( )日間は			
	平成 年 月 日 まで		有給・出勤のため除く			
病気・ケガのため 休んだ期間に 報酬を	1. 受けた 2. 受けられる 3. 受けない 4. 受けられない	1. あるいは2の場合 その報酬の期間、金額		平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで	
休んだ期間に 入院期間がある時	病院名			住所		
	入院期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日		日間		
	被扶養者の 有無	有 無	被扶養者	氏名	生年月日	
(委任状欄)						
本請求に基づく給付金に関する受領を _____ に委任いたします。						
被保険者氏名				印		

事業主記入欄	労務に 服さなかった期間	平成 年 月 日 から	日間	ただし、( )日間は有給・出勤のため除く		
	期間分として 支払う報酬	平成 年 月 日 まで	支給した場合の 期間・金額	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間 円		
上記の通り 相違ありません。平成 年 月 日						
事業主 住所 名称 印						
医師の 証明欄	傷病名					
	発病または負傷の 原因					
	病または負傷の 年月日	平成 年 月 日	診察を開始した 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	左記の期間中 診療実日数	日間	
	認めた期間の内 入院期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間	入院費用の負担	1. 健保 2. 自費 3. 公費 4. その他	
	労務不能期間につい ての傷病の主症状お よび経過を詳しく記入 して下さい					
	上記の通り 相違ありません。平成 年 月 日					
	医師 住所 医療機関名 医師名 印 電話 ( )-					
	標準報酬月額	千円	標準報酬月額	円	支給回数	回
	支給期間および 支給日数	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間	支給算出額	円	
傷病名	傷病コード	受給開始日	昭和・平成 年 月 日			
備考					受付日付印	