

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 * * * * *	氏名 健保 太郎 印	フリガナ 健保 太郎 印	
	被保険者住所	〒***-**** 〇〇〇県〇〇〇市*****				
	生年月日	昭和 平成 **年 **月 **日	被保険者の 業務の種別	***		
	事業所名称	*****株式会社		事業所コード	***	
	老齢・障害(厚生)年金 手当金の有無	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 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	左大腿部骨折		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	階段から転落		負傷の 発生状況	私用・工作中・通勤途中・その他(自宅)	
	第三者行為に よるものですか	いいえ			いつ	〇月〇日 〇〇時頃
			どこで	自宅		
今回の請求について ご記入下さい	病気・ケガのため 休んだ期間	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 から 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 まで	** 日間	ただし、(**)日間は <input checked="" type="radio"/> 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. <input checked="" type="radio"/> 受けた 2. <input type="radio"/> 受けられる 3. <input type="radio"/> 受けない 4. <input type="radio"/> 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	*****円		
休んだ期間に 入院期間がある時	病院名	*****病院		住所	**県**市*****	
	入院期間	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 から	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	**日間		
	被扶養者の 有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	被扶養者	氏名	生年月日	
			健保 花子	昭和〇〇年 〇月 〇日		
(委任状欄)						
本請求に基づく給付金に関する受領を <u>*****株式会社</u> (事業主名) に委任いたします。						
被保険者氏名 健保 太郎 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 平成 年 月 日 まで	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	1. 全額支給した 2. 一部支給した 3. 全額支給する 4. 一部支給する 5. 支給しない	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	
	労務不能と認められた期間	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
	認められた期間の内 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 ()-					

健保組合記入欄	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