

傷病手当金 傷病手当付加金

請求書

(第 回目)

支給 決定 伺	年 月 日		
	常務理事	主 任 担 当	

被 保 険 者 の 記 入 欄	被 保 険 者 証 記号 番号 (職場名)		
	発 病 負 傷 の 年 月 日 年 月 日		
	発 病 負 傷 の 原 因 (原因の不明確な疾病は記入不要)		
	療 養 の た め 休 ん だ 期 間 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間		
	入院した時は	病 院 名 及 び 所 在 地	
		入 院 期 間 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間	
入 欄	老 齡 年 金 ・ 障 害 年 金 ・ 障 害 手 当 金 を 受 け て い る と き 又 は 受 け る こ と が で き る と き	年金の種別 老 齡 年 金 障 害 年 金 障 害 手 当 金 年 金 額 年金を受けることとなった傷病名	
	年金を受けることとなった年月日	年 月 日 障害年金を受けている場合は、証書の記号番号	
医 師 の 意 見 欄	傷病名 (結核性・非結核性) 傷病の主症状及び経過の概要		
	1.		
	2.		
	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	
	上記期間中の入院期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間 日	
上記のとおり相違ありません。 年 月 日 医師住所 氏 名 印			
事 業 主 の 証 明 欄	労務に服しなかった期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 事業主 印		
事 務 係 記 入 欄	上記期間参照のうえ年休を使用した日、出勤した日を詳しく記入願います。		
	年休使用日	出勤日 事務係 印	
支 給 決 定 欄 (保 険 組 合 決 定)	休業点検		
	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		
	傷病手当金 (付加金) 支給開始日 年 月 日 傷病手当金 円		
	標準報酬月額 千円 傷病手当付加金 円		
	支給日数 日 計 円		
備考			

上記のとおり請求します。 年 月 日

三井E&S健康保険組合 御中 被 保 険 者 住 所 _____
氏 名 _____ 印

上記金額の給付を事業主に委任します。 年 月 日

(任意継続者の方は事業主委任欄への記載不要)
三井E&S健康保険組合 御中 被 保 険 者 氏 名 _____ 印

- 注
- この請求書の請求期間は、前月1日から末日までの1ヶ月間とします。
 - 老齡年金・障害年金・障害手当金を受けているとき又は受けることができるときは、併せて支給を証する証書の写しを添付してください。
 - この請求書は、当月3日までに保険組合へ提出してください。
 - この請求書は、事務係経由で保険組合へ提出してください。
 - 初回の手当金等は、3日間は待機期間となるため支給されません。
 - マイナンバーの記載は当分の間不要です。