

傷病手当金
傷病手当付加金

請求書

○同一疾病で支給開始日より1年半

(第 1 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 1010	番号 12345	(職場名 総務部)																												
	発病負傷の年月日	〇〇〇〇年〇月〇日																														
	発病負傷の原因 (原因の不明確な疾病は記入不要)	自宅の階段より転落																														
	療養のため休んだ期間	〇〇〇〇年〇月〇日から〇〇〇〇年〇月〇日まで〇日間																														
入院した時は	入院名及び所在地	東京都中央区〇〇 〇〇病院																														
	入院期間	〇〇〇〇年〇月〇日から〇〇〇〇年〇月〇日まで〇日間																														
年金を受けているとき又は受けることができる	年金の種類別	老 齡 年 金	障 害 年 金	障 害 手 当 金	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. 右大腿骨骨折	入院にてリハビリ後、外来にて加療中 経過は良好																														
	2.																															
	労務不能と認めた期間	〇〇〇〇年〇月〇日から	〇〇〇〇年〇月〇日まで	〇日間	診療実日数 〇日																											
上記期間中の入院期間	〇〇〇〇年〇月〇日から	〇〇〇〇年〇月〇日まで	〇日間																													
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	〇〇〇〇年〇月〇日から 〇〇〇〇年〇月〇日まで 〇日間																														
	上記のとおり相違ないことを証明します。 事業主 事業主証明 (印)																															
事 務 係 の 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	0	出勤日	0	事務係 〇〇 〇〇 (印)																											
支 給 決 定 欄	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。

三井E&S健康保険組合 御中

被保険者住所

〇〇〇〇年〇月〇日

氏 名

東京都中央区築地1-1-1

健保 太郎 (印)

上記金額の給付を事業主に委任します。

(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

〇〇〇〇年〇月〇日

健保 太郎 (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。
 - 老齢年金・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。