

傷病手当金請求書

※第1回目請求時は、当傷病が原因で休みはじめた日から記入してください。(有休・公休等含)

ダイフク健康保険組合 殿

(第 回 目)

被 保 者 が 記 入	被保険者証の記号・番号	11 — 123456		業務の種類別	事務 営業 技術 製造 サービス その他		
	事業所名称 および所在地	名称	株式会社〇〇〇〇		所在地	〇〇県〇〇市△△町1	
保 険 者 の 記 入	被保険者(請求者)の氏名	健保 太郎		被保険者(請求者)の住所	〇〇県〇〇市△△町1-2-3		
	傷病名	胃がん	発病または 負傷の年月日	XX年 XX月 XX日頃	標準報酬 月額	000 千円	
	発病または負傷の原因	3月頃より食欲がなく、体調も悪かったため病院で検査したところ、病気がみつかった。					
	発病または負傷の 原因 労働に服することができなかった 期間	XX年 XX月 XX日 から		XX年 XX月 XX日まで		10 日間	
者 の 記 入	老人保健法による 医療を受けた時	市町村 番号	受給者 番号	発行 機関名			
	障害厚生年金・障害 手当金を受けていると き、または受けること ができる時 ※	年金の 種別	障害厚生年金・障害手当金	年金額	000,000円		年金の支給事由と なった傷病名
	年金を受けること になった年月日	XX年XX月XX日	傷害年金を受けている場合は 障害厚生年金証書の記号番号	0000000000			
入	振込先希望銀行	〇〇 銀行 △△ 支店 普通 口座番号 123456 口座名義(カナ) ケンポ タロウ					
	上記のとおり請求します。	住所 〒123 - 4567 〇〇県〇〇市△△町1-2-3					氏名 健保 太郎
		電話 (123) 1234-5678		本人確認欄 (ご本人確認のため☑チェック願います。) <input checked="" type="checkbox"/> 請求者本人(被保険者)が作成したものである。			

事 業 主 の 記 入	上記期間中のうち 労働に服さなかった期間	XX年 XX月 XX日から XX年 XX月 XX日まで	※事業主(会社)が記入(証明)して下さい。日間				
	上記期間中 における 報酬	① 全額支給した 場合、又は支 給する場合	XX年 XX月 XX日から XX年 XX月 XX日まで	の分として	金 00,000 円 (XX月XX日支払)	〔日額 金 0,000円〕	
		② 一部支給した 場合、又は支 給する場合	年 月 日から 年 月 日まで	の分として	金 円 (月 日支払)	〔日額 金 円〕	
	③ 現在までも また将来も支 給しない場合 は、その旨	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX。					
明	上記のとおり相違ないことを証明します。	住所 〇〇県〇〇市△△町1					
	事業主の	株式会社〇〇〇〇		氏名 〇〇 〇〇〇		電話 (123) 1234-5678	
				事業所 担当確認欄 <input checked="" type="checkbox"/> 記載内容について誤りがないか 請求者本人に確認している。			

療 養 を 担 当 し た 医 師 の 意 見	傷病名	胃がん	発病又は負傷の原因	※医師が記入(証明)して下さい。		
	発病又は負傷の年月日	XX年 XX月 XX日	診療開始年月日	XX年 XX月 XX日		
	労働不能と認めた期間	XX年 XX月 XX日 から XX年 XX月 XX日まで	11 日間	診療実日数	11 日間	
		入院した期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間		
の 意 見	傷病の主症状 及び経過概要	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX。				
	上記のとおり相違ありません。	住所 〇〇県〇〇市△△町1				
	医師の	〇〇〇クリニック		氏名 〇〇 〇〇〇		電話 (123) 1234-5678

この欄は、給付金の受取りを代理人に委任する場合のみ記入ください。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を 代理人に委任します。	年 月 日	代理人の氏名 (フリガナ)	被保険者との関係
	被保険者(請求者) 住所		代理人の住所・電話番号	
	氏名		電話 ()	

※ 障害厚生年金・障害手当金等を受けられる場合は、その差額を支給するなどの調整を行いますので受給されている場合は必ずご記入願います。