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 ）

被保険者が記入

被保険者の 記号・番号	11 ― 123456		業務の種別	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	
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。				
労務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				
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とき ※	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 〇〇〇病
	年金を受けることとなった年月日	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	
振込先希望銀行（被保険者、または受取代理人名義のもの）	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。　　XX年 XX月 XX日

被保険者の 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。）
☑ 請求者本人（被保険者）が作成したものである。

事業主証明

※事業主（会社）が記入（証明）して下さい。

上記期間中のうち労務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	日間
上記期間中における報酬	㋐ 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〕
	㋑ 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〕
	㋒ 現在までにもまた将来も支給しない場合は、その旨	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX。	

上記のとおり相違ないことを証明します。　　XX年 XX月 XX日

事業主の 住 所 〇〇県〇〇市△△町１

氏 名 株式会社〇〇〇〇　〇〇 〇〇〇

電話 （ 123 ） 1234-5678

事業所担当確認欄 ☑ 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
労務不能と認めた期間	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	
傷病の主症状及び 経過概要	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX。		

上記のとおり相違ありません。　　XX年 XX月 XX日

医師の 住 所 〇〇県〇〇市△△町１

氏 名 〇〇〇クリニック　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 被保険者（請求者） 住 所 氏 名	代理人の氏名 (ﾌﾘｶﾞﾅ)	被保険者との関係
	代理人の住所・電話番号 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。