

1枚目

※この請求書は2枚一組です。(1枚目:本人記入欄/2枚目:事業主証明欄・担当医師証明欄)

支給支払決議書				常務理事	事務長		担当
支給額				円			
全部・一部 不支給	期間			資格取得	年 月 日		
	理由		金額	資格喪失	年 月 日		
支払年月日		年 月 日		支給期間		年 月 日	日間

## 傷病手当金請求書 (第 回) 提出日 令和 年 月 日

被保険者証	記号				被保険者 (申請者)の氏名			(印)
	番号				生年月日	昭・平・令 年 月 日		
被保険者 現住所	〒 -				電話番号	固定	-	-
						携帯	-	-
事業所の名称				被保険者の 標準報酬月額	千円			
資格取得年月日	昭・平・令 年 月 日			仕事内容 (具体的に)				
傷病名				発病・負傷年月日	年 月 日			
発病・負傷の状況	日時	令和	年	月	日	午前・午後 時 頃		
	場所	・会社(工作中・休憩中) ・通勤途中 ・自宅 ・その他( )						
		傷病の原因は仕事によるものですか? はい いいえ						
状況								
発病・負傷の為 休んだ期間 (請求期間)	令和	年	月	日	から			
	令和	年	月	日	まで	日間		
請求期間中に 入院した期間	令和	年	月	日	から			
	令和	年	月	日	まで	日間		
職場復帰について	・現段階では未定		・復帰予定( 月 日より)		・復帰している( 月 日より)			
上記の療養のため休んだ期間に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。		はい いいえ						
「障害厚生年金」、 「障害手当金」について	受給なし 受給中 請求中			左記で「受給中」「請求中」とされた場合、どちらを受給していますか。			障害厚生年金 障害手当金	
上記で「受給中」「請求中」とされた場合の受給の要因となった傷病名及び基礎年金番号・年金額について	傷病名				基礎年金番号		年金額(年額)	
							円	
「老齢年金」について (資格喪失者のみ)	受給なし 受給中 請求中				基礎年金番号		年金額(年額)	
		左記で「受給中」「請求中」とされた場合の基礎年金番号・年金額について					円	
振込先金融機関	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> ) <small>注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理口を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small>							
<p>●上記以外は、届出いただいている口座へお振込みいたします。 →お届け頂いていない場合は別途"健康保険給付金振込先届"にて申請ください。</p>								

被保険者が記入する欄

