

傷病手当金 支給申請書 (第 回)

No.1

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	記 号	番 号	フリガナ					
				氏 名					
	備 考	※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)							
	事 業 所 の 名 称								
	資格取得年月日	昭・平・令	年	月	日	標準報酬等級	級	円	
	資格喪失年月日	昭・平・令	年	月	日	及び日額			
	発症又は負傷 年 月 日	令和	年	月	日	傷 病 名			
	発 症 又 は 負傷の原因								
	労務に服することが できなかった期間	令和 年 月 日 ～令和 年 月 日 日間							
	上記の期間中に報酬の 全部又は一部を受けた とき、又は受けることが できるときはその報酬額 及 び 期 間	令和 年 月 日 ～令和 年 月 日 日間 受けた(又は受けることができる)報酬額 円							
	障害年金・障害年金 手当金を受けている とき、又は受けることが できるとき	年金の種類別	年 金 額	年金の支給事由となった傷病名					
			円						
		年金の支給開始年月日	受給している障害年金(障害手当金)の年金証書番号						
平成 年 月 日 令和									
病院に入院したとき	病院名								
	所在地								
	入院期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	まで	日間			
保土谷化学健康保険組合 理事長殿 上記により法定給付金・付加給付金 金 円を請求いたします。 令和 年 月 日 住所 被保険者 氏 名									

受 付 印	処 理 欄	支給額	法定給付	円	理事長	常務理事	事務長	係
			付加給付	円				
			合 計	円				

事業主証明欄	労務に服することができなかった期間		令和 年 月 日 ～令和 年 月 日 日間					
	上記期間中における	全額支給した、又は支給する場合	令和 年 月 日 ～令和 年 月 日までの分として円(月 日支払)					
		一部支給した、又は支給する場合	令和 年 月 日 ～令和 年 月 日までの分として円(月 日支払)					
	確認欄 この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ☐ ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ☐ ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所名称 所在地 事業主氏名 電話番号							
医師記入欄	傷病名			発病又は負傷の原因				
	発病又は負傷年月日	令和 年 月 日		療養の給付を開始した年月日	令和 年 月 日			
	労務不能と認めた期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日まで()日間		診療実日数	日間			
	入院した期間	令和 年 月 日 ～令和 年 月 日まで()日間						
	傷病の主症状及び経過概要							
	※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。 上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 住所 医師の 氏名							
被保険者が他に給付金の受領を委任する場合								
上記の請求に対する金員の受領を.....に委任いたします。 令和 年 月 日 被保険者の住所 の 氏名								
領 収 書								
上記の請求に対する給付金として金.....円也を領収いたしました。 令和 年 月 日 住所 受領者の 氏名								