

傷病手当金・傷病手当付加金請求書

（第 回 目）

被保険者（申請者）記入欄	被保険者証	記号	番号	事業所名	
	被保険者氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
	傷病名		発症又は負傷年月日	令和 年 月 日	
	発症又は負傷の原因				
	仕事の内容	例)事務、技術、製造、営業、施設管理、等		第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	療養のため休んだ期間（申請期間）	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日	まで	日間
	障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」「請求中」の場合、受給の要因となった傷病名と基礎年金番号等	傷病名	年金の種類 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金
			基礎年金番号	年金額	円
	※障害年金該当者は障害年金証書の写、支給開始並びに直近の額を証する書類を、又、障害手当金の該当者はその支給額を証する書類を添付して下さい。				
	「退職した方」老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」「請求中」の場合、年金の名称や基礎年金番号等	年金の名称	
		基礎年金番号	年金額	円	
※老齢給付の年金証書又はこれに準ずる書類の写し、その額その支給開始年月を証する書類と直近の額を証明する書類等を添付して下さい。					
上記のとおり請求します。 令和 年 月 日					
住所					
氏名					
荏原健康保険組合理事長 殿					

振込先	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店
		<input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 出張所
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号
		口座名義 (カタカナ)

※委任状により代理受領する場合は代理人名義の口座(申請者以外の方)を記入。

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	この期間に対し賃金を支給しました(します)か。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	上記の期間に対して、報酬の全部又は一部支給した(する)場合	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日間	円
		<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日間	円
		<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日間	円
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日					
所在地					
事業所名称					
事業主氏名					
電話番号 ()					

医師・助産師記入欄	傷病名		発症又は負傷の原因		
	発症又は負傷の年月日	令和 年 月 日	療養の給付開始年月日	令和 年 月 日	
	労務不能と認めた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	診療実日数	日間
	上記の期間中に入院した期間がある場合はその期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	入院費用の別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他
	傷病の主症状および経過概要				
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日				
所在地					
医療機関名					
医師の氏名					
電話番号 ()					

委任状	被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日
		住所 氏名
	代理人	住所 氏名