

傷病手当金請求書

兼傷病手当附加金請求書

支給支払決議書				
支給 決定	常務理事	事務長	係長	係
支出 決定				

No

款項目	目名
3・1	傷病手当金

年 月 日提出 (第 回日)

支出日 年 月 日

注意

1. 太線の中を記入してから裏面に保険医の証明を受けること
2. 提出は所属事務所へ

被保険者証番号	被保険者の氏名と印	明・大・昭 年 月 日生		
被保険者の現住所				
資格取得年月日	年 月 日	部署名		
発病、負傷年月日	年 月 日	傷病名		
療養するため休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間	
うえの期間中入院した期間があるときは	病院名	病院の所在地		
	年 月 日から 年 月 日まで		日間	

被扶養者 有 ・ 無	標準報酬月額
療養の給付開始年月日 年 月 日	
支給済期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間	支給期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間
算出 法定給付	円× 日 円
附加給付	円× 日 円
計 円	

振 込 先	銀行 金庫 農協	本店 支店	1. 普通口座	番号
			2. 当座	

受領者住所		受領印
氏名	受領年月日 年 月 日	

イ. 現金	千	百	十	万	千	百	十	円
ロ. 小切手								
ハ. 振込								

保 険 医 証 明

傷病者氏名	
傷病名	
発病、負傷の原因	
発病、負傷 年 月 日	療養給付開始 年 月 日
労務不能と認めた期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間	診療実日数 日
傷病の主症状及び経過概要	
上の期間中に入院した期間があるときはその期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間	
年 月 日 住所 医師 氏名 電話 局 ()	⑩ 番

事 業 主 証 明

傷病者氏名		
傷病名 保険医証明どおり		
労務に服さな かった期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
う 酬 関 係 え の 期 間 中 に 支 払 う 報	全 額 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¥ 日額¥
	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¥ 日額¥
	報 酬 を 支 給 し な い 場 合 は そ の 旨	
年 月 日		
住所 事業主 氏 名 ⑩		

委 任 状	委 任 事 項	この給付金の受領方を 住所 氏名 ⑩に 委任する 年 月 日 被保険者 ⑩
-------	---------	---