傷病手当金請求書

令和 00 年 00 月 00 日提出

被保険者記入欄

下記のとおり請求します。
なお、この金額の受領を(事業所名)〇〇〇〇〇〇㈱ に委任します。

被保険者証記号-番号	記号 00 － 番号 0 0 0 0 0 0	氏名	健保　太郎
住　所	〒000-0000 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 TEL（ 000 ） 000 － 0000		
所　属	〇〇〇〇〇〇〇〇 (ポストNo. A000) (内線 00000)		
職　種	社員 / 事務職	年齢	00 才
傷 病 名	〇〇〇〇〇〇〇〇		
発病または負傷の原因(具体的に)	(どこで) (どうした)・・・・具体的に 第三者行為によるものですか？ □ はい。 労災、通災によるものですか？ □ はい。 該当する場合のみチェックをしてください。		
発病または負傷した日	平成 令和 00年 00月 00日 午前 午後 00時頃		

障害年金(手当金)を受給していますか？
☑している。
⇒この欄にご記入ください。
※裏面「3.」をご確認ください。

受給している年金に〇をしてください。
・障害厚生年金　・障害手当金　・障害基礎年金

障害年金総額(手当金額)
0,000,000 円

支給事由である傷病名
〇〇〇〇〇〇〇〇

決定日	平成 令和	00 年 00 月 00 日
年金証書番号 コード	0000-000000-0000	

労務に服することができなかった期間	令和	00 年 00 月 00 日から
	令和	00 年 00 月 00 日まで

↓出退勤管理責任者の資格のある方のみ記入可。※訂正する場合は二本線と記入者の訂正印を押印ください。

事業主証明欄

労務に服さなかった期間(休日を含む)	令和 00 年 00 月 00 日 から 令和 00 年 00 月 00 日 まで
上記期間中の報酬関係	・上記期間すべて病欠(会社休日含む)ですか。(はい ・ いいえ)※いいえに〇の場合は以下に記入をしてください。 (今回が初めての申請の場合は、出勤簿の写しも添付してください。)

※カレンダーの記入
(病欠:× 出勤:〇 有給:△ 会社休日:□) 足らない場合は、出勤簿の写しを添付してください。

0 0 年 0 0 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	
0 0 年 0 0 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
一部支給する期間	00 月 00 日 ～ 00 月 00 日 000,000 円 (00月 00日支払)	

上記のとおり相違ないことを証明します。
令和 00 年 00月 00日
事 業 主
所 在 地 〇〇〇〇〇〇〇〇
名 称 〇〇〇〇〇 ㈱
代表者名 〇〇 〇〇〇

↓担当医師以外は記入不可。※訂正する場合は二本線と記入者の訂正印を押印ください。

担当医師の意見書

傷病名(主疾病に〇印)	〇〇〇〇〇〇〇〇	発病または負傷した日	平成 令和 00 年 00 月 00 日
発病または負傷の原因	〇〇〇〇〇〇 第三者行為によるものですか。(はい ・ いいえ)	当該傷病での初診日	平成 令和 00 年 00 月 00 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	左記期間中の診療状況	診療実日数 00 日 最終診療日 00月 00日 最終投薬日 00月 00日 (投薬日数) (00 日分)
労務不能と認めた期間中の入院期間	令和 00 年 00月 00 日から 令和 00 年 00月 00 日まで		

傷病の主症状及び経過概要	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 手術名: 〇〇〇〇〇〇〇〇〇 手術日:平成・令和 00 年 00 月 00 日	転 帰 1.治癒 (. .) 2.継続 3.中止 4.転医 5.死亡 (. .)	労務可能見込日 令和 年 月 日 上記のとおり相違ありません。 令和 00 年 00 月 00 日 所 在 地 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 医療機関名 〇〇〇〇〇〇〇 担当医師名 〇〇 〇〇〇 TEL (000) 000 － 0000

※証明日は労務不能と認めた期間以降でお願いします。

支給決定欄

支給開始日	令和 年 月 日	回数	回	常務理事	事務長	係
支給期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	日数	日			
支給決定額	円	年金調整額	日額 ＿＿＿円×＿＿日＝＿＿＿円			

【注意事項】
記入については、裏面をご覧ください。

受付印

2024年11月版

(ポスト番号 D55　マツダ健康保険組合)