

傷病手当金請求書

令和 年 月 日提出

被 保 險 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) ○○○○○○株に委任します。						<p>障害年金(手当金)を受給していますか?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>している。</p> <p>⇒この欄にご記入ください。</p> <p>※裏面「3.」をご確認ください。</p> <p>労務に服することができなかつた期間</p>	受給している年金に○をしてください。			
	健康保険 記号-番号	記号 00	番号 - 0 0 0 0 0 0	氏名				障害厚生年金	障害手当金		
	住 所	〒000-0000 ○○○○○○○○○○○○○						障害基礎年金	障害年金総額(手当金額)		
	所 属	TEL(000) 000 - 0000 (ポストNo. A000)						0,000,0000 円			
	職 種	社員 / 事務職			年齢	○○		才	支給事由である傷病名		
	傷 病 名	○○○○○○○○						○○○○○○○○			
	発病または 負傷の原因 (具体的に)	○○○○○○○○						第三者行為によるものですか? <input type="checkbox"/> はい。 労災、通災によるものですか? <input type="checkbox"/> はい。	該当する場合のみ チェックをしてください。	決定日 平成 令和 00 年 00 月 00 日	
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		年金証書番号コード 0000-000000-0000	令和 00 年 00 月 00 日から			

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。

記入もれや記入誤りがあった場合、請求書を返戻することになり支給が遅れてしまいますので、ご注意いただきますようご協力お願いいたします。

※証明日は労務不能と認めた期間以降でお願いします。

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。

↓記入もれや記入誤りがあった場合、請求書を返戻することになり支給が遅れてしまいますので、ご注意いただきますようご協力をお願いいたします。

事業主証明欄	労務に服さなかつた期間 (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										
	上記期間すべて病欠(会社休日含む)ですか。(はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>) ※いいえに○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:○ 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。											
	上記期間中の報酬関係	0 0 年 0 0 月	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									
		0 0 年 0 0 月										
		年 月										
		一部支給する期間										

支給 決定 欄	支給開始日	令和 年 月 日	事業主証明欄について、マツダ(株)従業員の方は、「病気やケガで働けないとき」⇒「提出先」をご確認ください。		
	支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
	支給決定額	円	調整額	円 × ____ 日 = _____ 円	

【注意事項】

支給要件、記入上の注意など、詳細については裏面をご確認ください。