マツダ㈱用

傷病手当金請求書

令和　　年　　月　　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 マツダ株式会社 に委任します。

被保険者証記号-番号	記号 1 － 番号 0 0 0 0 0 0	氏名	健保　太郎
住　所	〒000-0000 ○○○○○○○○○○○○○○ TEL（ 000 ） 000 － 0000		
所　属	○○○○○○○○ （ポストNo. A000 ）（内線 00000 ）		
資格／職種	社員 ／ 事務職	年齢	00 才
傷 病 名	○○○○○○○○		
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マルをしてください。	
	・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	○○○○○○○○
	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○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。）	出退勤管理責任者 ○○	内線番号 ○○○○○

※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。

0 0 年 0 0 月	1	2	△	4	5	×	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
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

相違ないことを証明します。 広島県安芸郡府中町新地3番1号　マツダ株式会社

↓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○印）	○○○○○○○○	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	○○○○○○ 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 00 年 00 月 00 日から 令和 00 年 00 月 00 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	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ 手術名： 手術日：平成・令和 年 月 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 ○○○○○○○○○○○○
医療機関名 ○○○○○○○○
担当医師名 ○○ ○○○
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）