

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)○○○○○○(株)に委任します。		障害年金(手 当金)を受給 ていますか?	<input checked="" type="checkbox"/> している。	受給している年金にマルをしてください。 ・障害厚生年金 ・障害基礎年金	
	健康保険 記号-番号	記号 XX 番号 00000000		氏名	健保 太郎	
	住 所	〒000-0000 ○○○○○○○○○○○		⇒この欄にご 記入ください。 ※裏面「3.」を ご確認ください。	障害年金総額(手当金額) 0,000,000 円	
	所 属	○○○○○○○○ (ポストNo. A000) ○○○○○○○○ (内線 00000)			支給事由である傷病名 ○○○○○○○○	
	職 種	社員 / 事務職			決定日 平成 00 年 00 月 00 日 令和 00 年 00 月 00 日	
	傷 病 名	○○○○○○○○		労務に服する ことができな かった期間	年金証 書番号 コード 0000-000000-0000	
	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? <input type="checkbox"/> はい。			令和 00 年 00 月 00 日から 令和 00 年 00 月 00 日まで	
発病または負傷 した日	平成 00 年 00 月 00 日	午前 午後 00 時頃				

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、ご注意ください。よろしくお願いいたします。

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
	上記期間すべて病欠(会社休日含む)ですか。(はい・いいえ)	はい・いいえ
	※カレンダーの記入 (病欠:× 出勤:○ 有給:△ 会社休日:□) 足りない場合は、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	00 年 00 月 00 日 から 00 年 00 月 00 日 まで
一部支給 する期間	00 年 00 月 00 日 から 00 年 00 月 00 日 まで 00,000 円 (00 月 00 日支払)	

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、ご注意ください。よろしくお願いいたします。

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 00 年 00 月 00 日
	発病または 負傷の原因	○○○○○○○○	当該傷病で の初診日	平成 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)
	傷病の主症状 及び 経過概要	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 00 年 00 月 00 日

※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	年金 調整額		日額	日数	円 × 日 = 円	

【注意事項】 受付印

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。

2025年1月版

(ポスト番号 D55 マツダ健康保険組合)