

給付01

傷病手当金請求書(第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と し ろ	被保険者証 記号・番号	記号	番号	事業所・所属	事業所	所属
	発病又は負傷の年月日	年 月 日			傷病名	
	発病又は負傷の原因					
	傷病の療養のために休 んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間		左記期間中の報酬	・受けました ・受けていません
	* 障害年金・障害手当金を受けている方、受ける予定のある方（年金証書の写しおよび下記の内容を証明できる直近の書類を添付してください）					
	障害厚生年金又は 障害手当金を受給していますか	はい・いいえ・請求中		障害厚生年金又は障害手当金受給の 原因となった傷病名		
	基礎年金番号	受給開始年月日		年 月 日	年金額	千円
	* 任意継続被保険者又は資格喪失の方（年金証書の写しおよび下記の内容を証明できる直近の書類を添付してください）					
	高齢又は退職を事由とする公的年金を 受給していますか	はい・いいえ・請求中		年金番号	年金額	千円
	雇用保険を受給していますか	はい・いいえ・請求中・延長中		← 左記で、「いいえ」と答えた以外の方は、雇用保険受給資格 者証または雇用保険受給期間延長許可通知書の写しを添付 してください。		
上記により傷病手当金を請求します。在職期間中の申請の場合は、本申請書に基づく給付金の受領を事業主へ委任します。						
<p style="text-align: center;">〒</p> <p>令和 年 月 日 被保険者 住 所 (請求者) 氏 名</p> <p>田辺三菱製薬健康保険組合理事長殿 電話 - -</p>						
内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。						
療 養 を 担 当 し た 医 師 の 意 見	傷 病 名	発病又は負傷の原因				
	発病又は負傷の年月日	平成・令和 年 月 日	療養給付を開始した年月日		平成・令和 年 月 日	
	労務不能と認めた期間	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日まで	日間	診療実日数	日	
	傷病の主症状および 経過・概要					
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関 所在地 名 称 医 師 氏 名 電話 - -					
事 業 主 の 証 明	「労務に服することができなかった期間」 令和 年 月 日 ~ 年 月 日 日間					
	上記期間中に支給した報酬 なし・あり					
	令和 年 月 日 ~ 年 月 日 () 令和 年 月 日 ~ 年 月 日 () 令和 年 月 日 ~ 年 月 日 ()					
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 所在地 名 称 氏 名					
振込希望口座（資格喪失者（退職者）のみ記入、ゆうちょ銀行除く）						
銀行			口座番号			
支店			フリガナ			
			口座名義			

(2022.10.01)