給付 O 1

## 傷病手当金請求書 (第 1 回目)

	被保険者証 記号・番号	記号 * * *	番号 *****	所属	〇〇部〇〇グループ				
	発病又は負傷の年月日	令和**年**	月**日 —		傷病名	Q000000			
	※ 声見は 各 傷 の 臣 口	000000	200000		病と関連がある疾病で傷				
	発病又は負傷の原因	000000	300000		†があった場合(入社前の , お問合せください。	福			
被保険者が記	<b>復存の廃業のためには</b>	令和 <b>2</b> 年	10月 1日から		921H1 E 6 //200.0	受けました			
	傷病の療養のために休 んだ期間	令和 <b>2</b> 年	10月20日まで		左記期間中の報酬				
				20日間		・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	る予定のある方(年金)		きのため 医師の指示でき	車続3日間休み4日以上休			
	障害厚生年金又は 障害手当金を受給して	いまずか	はい いいえ・言		といたの、区間の指示であ と時、4日目から給付。	Eがいロ 向 かパ・ロ 以上 外			
		当の箇所				胡間。待機期間は有給休暇			
	基礎年金番号を記入		受給開始年月		積立療養休暇、土日祝日を問わない。)				
	*任意継続被保険者又は資			· ·		する。4日目以降は給料の			
入						i金より少ないこと。R2.9.1 #いません )			
す	老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・いえ 言		~9.30の月単位の申請でも構いません。) 下記「療養を担当した医師の意見欄」の労務不能と認め				
ると	雇用保険を受給していますか		た期間」と同日を記入ください。			۱ <sub>0</sub>			
ے ت	雇用体膜を支配している	. 9 10		胡水中-		/			
ろ	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		月百に全ノ、和门亚の又原	で事未工で女任しより。			
	令和 2年10月	2 1 日 被保	険者 住 所		* * * * * _				
	\ \\	(請求	者)						
	25日給付(従業員	(25日給付(従業員は給与にて) 氏 名 健保 太郎							
	上乗せ給付)いた				電話 *	***-***-***			
		, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			サイン)をご記入ください。	000000			
	湯 抦 名	0000000		光柄又は	負傷の原因	000000			
皮	発病又は負傷の年月日	令和**年**	月 * * 日	療養給付	を開始した年月日	令和**年**月**日			
療養		令和 2年10	月 1日 から						
を	労務不能と認めた期間		// ・ロ <sup>/</sup> クリカー	20日間	診療実日数	<b>3</b> 日			
担当		<b>ኮ</b> ሐ 2410	H Z U D & C						
l	傷病の主症状および 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								
た医	経過・概要   〇〇〇〇〇〇								
師	ト記のとなり知識	 		= *	* *-* * * *				
の意	A10 0 F 4 0 D	記のとおり相違ありません。 和 <b>2</b> 年10月21日 医療機関 所在地			○○市△△町5−6−7				
Ⅰ見			名 称	000					
		医師	氏 名	000	0				
					電話:	* * * - * * * - * * *			
	<del> </del> 								
	「労務に服することが 令和 <b>2</b> 年 <b>10</b> 月			Э	<b>2 0</b> 日間				
	17H 2+ 10A		- 10A 20	' н		び、医師の意見証明を			
事	上記期間中に支給した	⊵報酬 なし あり		K	いただいたのち	、事業主の証明をお願			
	令和 <b>2</b> 年 <b>10</b> 月	1日 ~ 2	年 10月 2	日 ( <b>土日</b>	いしてください。				
業主	令和 2年 10月	3日~	年 月 1	日(積立療	養休暇				
の		日 ~ :	年 月 日	∃ (		)			
証明		ありません。							
21	令和**年**月		所在地	○○市△△町	4-5-6				
	名 称 000000								
			氏 名	0000					
振込希望銀行(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									
		銀	<u>行</u>		<u>座番号</u> リガナ				
		支	店		座名義				
1									

給付 0 1

## 傷病手当金請求書 (第 2 回目)

	被保険者証 記号・番号	記号 * * *	番号 * * * * *	所属	〇〇部〇〇グループ				
	発病又は負傷の年月日	令和**年**	月 <b>*</b> *日		傷病名	000000			
	発病又は負傷の原因       OOOOOOOOOO								
	傷病の療養のために休 んだ期間		0月 21日から 1月 20日まで	2 1 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中窓を証明できる直近の書籍を活住してください) 歴史原生なる事は								
被保険者が	障害厚生年金又は 障害手当金を受給していますか		「はい・いれえ・請求中 が		続いている場合、第1回目終了日の翌 からの期間を申請してください。				
	<b>工</b> 歴年全米早	出の箇所	受給開始年月		S SOMINE THE CAL	千円			
記入			)写しおよび下記の内	P容を証明できる直	近の書類を添付してください)				
するとこ	老齢又は退職を事由とす 受給していますか	「る公的年金を	はい・(いえ)	青 <b>求中</b> 年金番	年金額 (	千円			
	雇用保険を受給していますか		はいいえ・請求中・延長中		左記で、「いい 受給資格者証ま 書の写しを添付	え」と答えた以外の方は、雇用保険 たは雇用保険受給期間延長許可通知 してください。			
ろ	上記により傷病手当:	金を請求します。マ	生職期間中の申請 (	_	請書に基づく給付金の受領 * * * * *	を事業主へ委任します。			
	〒 * * * * * * * * * * * * * * * * * * *								
	25日給付(従業員 上乗せ給付)いたし 内 20日頃を目途に申	は給与にて します。毎月	氏 名 <sub>设</sub>		太郎 電話 <b>*</b> ナイン)をご記入ください。	* * * - * * * - * * *			
	傷病名	000000	7月し、正しい内谷と	N. Company	<b>負傷の原因 ○○○○○</b>	000000			
	発病又は負傷の年月日	令和**年**	月 * * 日	療養給付	を開始した年月日	令和**年**月**日			
療養を担当した医師の意見	労務不能と認めた期間		月 <mark>2</mark> 1日 から 月 <mark>2</mark> 0日 まで	2 1 日間	診療実日数	4 日			
	傷病の主症状および 経過・概要       OOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOO								
	上記のとおり相違 令和 <mark>2</mark> 年 <b>11</b> 月		•						
					電話・	* * * - * * * - * * *			
	「労務に服することができなかった期間」 令和 2年 10月 21日 ~ 2年 11月 20日 21日間								
	上記期間中に支給した報酬 なし、あり								
事業主	   令和	月 日 ~ 月 日 ~ 月 日 ~	年 月 年 月 年 月	日 ( 日 ( 日 (	てください。	PALS III 97 E BOART B			
の証	· 予仙 · <del>千</del> · ·	н	— 円 ———————————————————————————————————	п (		,			
明	上記のとおり相違 令和 <b>**</b> 年 <b>**</b> 月		所在地 名 称 氏 名	○○市△△町 ○○○○○ ○○○○					
振込希望銀行(資格喪失者(退職者)のみ記入、ゆうちょ銀行除く)									
<u>銀 行</u> <u>口座番号</u> フリガナ									
		支	<u>店</u>		座名義				