

伺年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長			係		
支払年月日	平成 年 月 日							
支払額	拾万 万 千 百 拾 円							
* 支払決定議書	法定	資格	得	前	始	標準報酬月額	(1)	千円
		資格	喪	回	終			(2)
	付加	給付開始	年 月 日			標準報酬日額	(1)	円
		満了日	年 月 日				(2)	円
支給期間	法定付加	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 日間			備考			
	法定付加	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 日間						

傷病手当金請求書 (第 回目)

健康保険 傷病手当付加金

◎ 記入にあたって、注意事項をよく読んでください。
◎ 「*」印欄は記入しないでください。

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	① 被保険者の記号・番号 (MUD ID:)	② 生年月日 昭和 年 月 日 平成	③ 被保険者 (フリガナ) (請求者)の氏名		
	④ 事業所の名称	⑤ 職種 (もしくは部署名など)		⑥ 被保険者の資格取得年月日 平成 年 月 日	
	⑦ 被保険者 (請求者)の住所	〒 (フリガナ)		(電話番号)	
	* 傷病CD	⑧ 傷病名	⑨ 平成 年 月 日		
	* 傷病CD		発病又は負傷 平成 年 月 日		
	* 傷病CD		は負傷 平成 年 月 日		
	⑩ 障害年金、手当金を受けられるとき	⑦ 障害年金、手当金受給の有無 有・無・請求中	⑪ 受給病名	⑫ 障害年金、手当金の額	円
	⑪ 介護保険法のサービスを受けたとき	⑬ 保険者番号	⑭ 被保険者番号	⑮ 保険者名称	
	⑫ 発病又は負傷の状態				
	⑬ 疾病又は負傷の療養をするため休んだ期間	自 平成 年 月 日 日間	⑭ 第三者の行為によるものですか	⑮ 業務上、通勤途上による傷病ですか	
	⑯ 上の⑬に書いた期間の分の報酬を受けましたか、又は受けられますか	受けた・受けない	⑰ 報酬の支払を受けた(受けられる)ときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 円
		受けられる・受けられない	⑱ 請求期間が退職後である場合、失業給付やアルバイト等の報酬を受けた(受けられる)ときはその額と、支払の基礎となった(なる)期間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで の()分として 円
(備 考)					
平成 年 月 日提出 受付日付印					