

同 年 月 日	令和 年 月 日				常務理事	事務長			係					
支 払 年 月 日	令和 年 月 日													
支 払 額	拾万	万	千	百	拾	円								
* 支 払 決 議 書	支 給 決 定 の 額	法定	拾万	万	千	百	拾	円	資 格 得 喪	・ ・	前 始	・ ・		
		付 加							給 付 開 始	年	月	日	傷 病 手 当 金 標 準 日 額 (1)	円
									満 了 日	年	月	日	(2)	円
		支 給 期 間	法定 付 加	年	月	日	～	年	月	日	日 間	備 考		
				年	月	日	～	年	月	日	日 間			

傷 病 手 当 金 請 求 書
健康保険 傷病手当付加金 (第 回 目)

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

被 保 険 者 が 記 入 す る と 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 _____ (印)
	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・令和) 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 (和暦) 年 月 日 発病又は負傷年月日
	* 傷病CD		年 月 日
	* 傷病CD		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	① 受 年 月 日 から ② 年金証書の記号番号 給
	⑪ 介護保険法のサービスを受けたとき	② 保険者番号	③ 被保険者番号
	⑫ 発病又は負傷の状態、直近の療養状況など	④ 障害年金、手当金の額	円
	⑬ 疾病又は負傷の療養をするため休んだ期間 自 (和暦) 年 月 日 日間 至 年 月 日	⑤ 保険者番号	⑥ 保険者名称
	⑭ 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	⑦ 第三者の行為によるものですか	⑧ 業務上、通勤途上による傷病ですか
	⑮ 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	⑨ 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	(和暦) 年 月 日から 年 月 日まで の分として 円
	⑩ 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	(和暦) 年 月 日から 年 月 日まで の()分として 円	

令和 年 月 日

受付日付印

(備 考)