

伺年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務局長	課長	課長補佐	係長	係	
支給額	拾万	万	千	百	拾	円					
※	支給期間	日数	日額	金額	円						
支給 支払 決議書	支給決定額	・	・			標準報酬月額	疾病分類番号	資格	得喪	・	・
		・	・			千円				・	・
		・	・			全部不支給	日間	前回	始	・	・
		・	・			一部不支給	日間		終	・	・

傷病手当金請求書

健康保険

(第 回数)

※資格喪失の際の請求書の記入上の注意
 ▼この請求書は療養のために入社した労働者に限ります。
 ▼この請求書は全部の賃金・給与・年金・退職金・その他一切の金銭的請求を断ることを前提として発行いたします。
 ▼この請求書は労務に就くことが出来なかった期間を記載してください。
 ▼この請求書は、被保険者の住所、生年月日、労働に服することが出来なかった期間、発病または負傷の年月日、発病または負傷の原因、発病または負傷の日、療養給付開始日、手術名、施行年月日、年、月、日、傷病名、労務不能と認められた期間、主症状及び経過概要、事業主の住所氏名及び印、電話、事業主の証明、医師の意見概要、委任状、金融機関名、口座番号、普・当、フリガナ氏名、支店、銀行、信金、信組、東京都皮革産業健康保険組合、2016.4

被保険者の記号及び番号	第	号	業務の種類別	給与の種類	※ 月給・日給・日給月給歩合給・その他	標準報酬月額	千円						
発病または負傷年月日	年	月	日	被保険者の氏名	フリガナ		印 ←						
被保険者の現住所	〒□□□□-□□□□						電話 ()						
傷病名	発病または負傷の原因												
労務に服することが出来なかった期間	年	月	日から	日間	年	月	日まで	左記期間中に報酬を受けたときはその月日及び金額	支給される理由				
障害(厚生)年金、手当金受給の有無	有・無・請求中	年	月	日から受給	年金証書の記号番号								
受給病名	障害(厚生)年金、手当金の額												
労務に服できなかった期間	年	月	日から	日間	年	月	日まで	事業主の住所氏名及び印					
賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。 賃金台帳・タイムカードの写しを添付してください。	給与の締め日		左記の通り相違ないことを証明する										
	毎月	日	電話 ()										
傷病名	年	月	日	手術名	年	月	日	施行年月日	年	月	日		
労務不能と認められた期間	年	月	日から	日間	診療実日数	日間	入院期間	年	月	日から	年	月	日まで
主症状及び経過概要	医師または歯科医師の住所及び氏名印		印										
	医師証明年月日		年 月 日										

委任状	私は下記の事業主を代理人と定め傷病手当金の受領方を委任します。	年 月 日
	住所 本人 氏名	印 ←
	事業所 代理人(事業主) 所在地 氏名	印

同じ印を押印してください
 受付日付印

※資格喪失した方のみ、ご記入ください。

金融機関名	銀行	口座番号	普・当
	信金	フリガナ氏名	
	支店		
	信組		

事業所 担当者印
