〔 昭・平　　年生 〕

| 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 | | | | | | |

| ※支給決定 | 支給期間 | 日数 | 日額 | 金額　円 | 標準報酬月額 千円 | 疾病分類番号 | 資格 得喪 | ・ ・ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 支払決議書 | ・ ・ | | | | | | | ・ ・ |
| | ・ ・ | | | | 全部不支給 日間 | | 前回 始終 | ・ ・ |
| | ・ ・ | | | | 一部不支給 日間 | | | ・ ・ |

# 傷病手当金請求書

健康保険　　（第　　回目）

〈記入上の注意〉
▼▼▼▼この請求書は療養のための労務につくことができなくなり事業主から給料がもらえなくなった場合請求するための用紙です。
▼▼▼▼記入事項は全部記入し、特にコンピュータ処理のため、被保険者証の記号・番号は必ず記入してください。
▼▼▼▼第1回目請求の際は賃金台帳・タイムカードの写しを添付してください。
▼提出の際は印洩れのないようたしかめてください。
※資格喪失者の請求期間については、下欄に振込先の金融機関名と口座番号を記入してください。

**被保険者が記入するところ**

| 被保険者の記号及び番号 | 6090第8569号 | 業務の種別 | 販　売 | 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 | 300 千円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 発病または負傷年月日 | 24 年 5 月 14 日 | 被保険者の氏名 | フリガナ ヒカク タロウ<br>皮革　太朗 | | | | 皮革 |
| 被保険者の現住所 | 〒111－0049<br>台東区駒形橋〇－〇－〇　電話 03（1234）5678 | | | | | | |
| 傷病名 | 右踵骨々折 | 発病または負傷の原因 | 自宅の階段から落ちた | | | | |
| 労務に服することができなかった期間 | 24年 5月 14日から<br>24年 6月 13日まで　31日間 | 左記期間中に報酬を受けたときはその月日及び金額 | 月 日 月 日　日間　円 | | 支給される理由 | ※出勤・有給・食費・月給・手当 | |
| 障害（厚生）年金、手当金受給の有無 | 有・無・請求中 | 年　月から受給 | 該当する場合は記入する | 年金証書の記号番号 | | | |
| 受給病名 | | 障害（厚生）年金、手当金の額 | | | | | |

**事業主の証明**

| 労務に服さなかった期間 | 年 月 日から 年 月 日まで　日間 | 左記の通り相違ないことを証明する | 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 | 賃金の締め日 | | 事業主に証明してもらう |
| 初回請求の際は、賃金台帳・タイムカードの写しを添付してください | | | 印 |
| 基本給：欠勤控除あり<br>350,000円÷25日×10＝140,000<br>通勤手当：欠勤控除なし<br>3か月定期代（1／26～4／25分として） | 住宅手当：欠勤控除なし<br>家族手当：欠勤控除なし | | 電話　（　） |

**担当医師の意見**

| 傷病名 | | 発病または負傷の日 | 年 月 日 | 手術名 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 療養給付開始日 | 年 月 日 | 施行年月日 | 年 月 日 |
| 労務不能と認めた期間 | 年 月 日から 年 月 日まで　日間 | 診療実日数 | 日間 | 入院期間 | 年 月 日から 年 月 日まで（ ）日間 |
| 主症状及び経過概要 | 医師に記入してもらう | 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 | | |

受付日付印

**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。　〇〇年 〇〇月 〇〇日

本人　住所　台東区駒形橋〇－〇－〇
　　氏名　皮革　太郎　　皮革

代理人（事業主）　事業所　駒形皮革（株）
　　所在地　台東区駒形×－×－×
　　氏名　事業主名　　事業主

同じ印を押す

事業所担当者印

※資格喪失した方のみ、ご記入ください。

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

東京都皮革産業健康保険組合

※傷病名がケガの場合は「負傷の原因に関する調書」を添付して下さい。