

170

請求書には、賃金台帳と出勤簿の写を添付願います。  
制度の内容はこちらからご確認ください

### 傷病手当金請求書 (第1回目)

(被保険者の注意事項)

3・2・1・

負傷の原因が外傷によるものである場合は、「負傷の原因書」を添付して下さい。  
訂正したところには、氏名のわきに押した印と同じ印を訂正印として押して下さい。  
※印の欄は、記入しないで下さい。

① 被保険者証の 記号 <b>9000</b> 番号 <b>1</b>		② 被保険者の 氏名・年令・印 <b>木村太郎</b> (39才) 印	
④ 被保険者の 資格取得年月日 昭和 <b>2</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1</b> 日 平成 <b>17</b> 年 <b>12</b> 月 <b>20</b> 日まで		⑤ 被保険者の 資格喪失年月日 平成 年 月 日	
⑥ 被保険者の 現住所 〒 <b>135-0042</b> <b>江東区木場〇-〇-〇</b> 方			
⑦ 事業所名 <b>株式会社 木材商店</b>			
⑧ 被保険者の 職 <b>営業</b>		⑨ 発病または 負傷年月日 <b>17年 11月 30日</b>	
⑩ 傷病名 <b>脳出血</b>			
⑪ 発病または 負傷の原因 <b>不詳</b>			
⑫ 療養をする為 に休んだ期間 平成 <b>17</b> 年 <b>12</b> 月 <b>1</b> 日から 平成 <b>17</b> 年 <b>12</b> 月 <b>20</b> 日まで <b>20</b> 日間			
⑬ ① 上記期間会社より賃金を受けましたか、又は受けられますか		受けた・ <b>受けない</b> ・受けられる・ <b>受けられない</b>	
② 賃金を受けたとき、または受けられるときの金額及び期間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで の分として 円	
⑭ ⑦ 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか		① ⑦の受給の原因となった傷病名 ② 年 金 額	
はい・請求中・ <b>いいえ</b>		円	
⑦ 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		③ 年 金 額	
はい・請求中・ <b>いいえ</b>		円	
※ ⑦又は⑧が「はい」の方は年金裁定通知書等の写しを添付してください。			

平成 年 月 日 提出

※ 受付日付印

振込先金融機関	銀行 <b>〇〇</b> 本店 <b>〇〇</b>		信用金庫 <b>〇〇</b> 支店 <b>〇〇</b>
	預金種別	口座番号	口座名義人
	<b>1</b> 普通 <b>4</b> 貯蓄	<b>1234567</b>	<b>モクザイタロウ</b> (カタカナで記入願います)

支払予定日

◎請求の際に今一度確認を！ “書きもれないか、印もれ無いか”

事業主が記入するところ	⑮ 労務に服さなかった期間	平成 <b>17</b> 年 <b>12</b> 月 <b>1</b> 日から 平成 <b>17</b> 年 <b>12</b> 月 <b>20</b> 日まで <b>20</b> 日間
	⑯ うえの期間中の分として支払う報酬関係	⑰ 全部支給したまたは支給できる場合 平成 <b>17</b> 年 <b>12</b> 月 <b>1</b> 日から 平成 <b>17</b> 年 <b>12</b> 月 <b>8</b> 日まで の分として 金 <b>102,000</b> 円 (日額 <b>17,000</b> 円) ( <b>12</b> 月 <b>25</b> 日支払 ) ⑱ 一部支給したまたは支給できる場合 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで の分として 金 円 (日額 円) ( 月 日支払 ) ⑲ 現在までも また将来も支給しない理由 <b>有給休暇終了後の欠勤については支給しない。</b>
	通常の給与の締切日・支払日	毎月 <b>20</b> 日締切 当月 <b>25</b> 日払 翌月
うえのとおり相違ないことを証明します。平成 <b>17</b> 年 <b>12</b> 月 <b>21</b> 日		
⑳ 住所 <b>江東区東陽〇-〇-〇</b>		
㉑ 名称 <b>株式会社木材商店</b>		
㉒ 氏名 <b>代表取締役 木村 健太郎</b> 代表者印		
電話 <b>03(3648局) 〇〇〇〇</b> 番		

(事業主の注意事項)

6・5・4・

⑯の「全部支給」または「一部支給」とは、一日当りの賃金の全部または一部の意味です。被保険者の資格喪失後の期間にかかる請求であるときは、事業主の証明は必要ありません。訂正したところには、氏名のわきに押した印と同じ印を訂正印として押して下さい。

療養を担当した医師が意見を書くところ	⑲ 労務不能の原因となった傷病名				
	⑳ 発病または負傷の原因				
	㉑ 発病または負傷の年月日	昭和 平成 年 月 日	㉒ 療養の給付を開始した年月日	昭和 平成 年 月 日	
	㉓ 労務不能と認められた期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	㉔ 左記期間中の診療実日数	日間	
	㉕ 上記期間中の入院期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	㉖ 入院費の区別	健保・老人保健費 自費・公費	
	㉗ 傷病の主状態及び経過概要	お手数ですが労務不能と認められた上記期間の病状等を詳しくご記入願います。			
⑳ 手術名		㉘ 手術年月日	平成 年 月 日		
上記のとおり相違ありません。平成 年 月 日					
㉙ 住所		電話 局 ( ) 番			
㉚ 病院名		番			
㉛ 氏名		印			

(医師の注意事項)

8・7・

⑲の欄には、労務不能と認められた期間について、労務に服することができない旨の意見を必ずご記入ください。訂正したところには、氏名のわきに押した印と同じ印を訂正印として押して下さい。

社会保険労務士の提出代行者印 印

東京都木材産業健康保険組合