

170

請求書には、賃金台帳と出勤簿の写を添付願います。

傷病手当金請求書

(第 1 回目)

(被保険者の注意事項)

- 1、負傷の原因が外傷によるものであれば、「負傷の原因書」を添付して下さい。
- 2、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。
- 3、※印の欄は、記入しないで下さい。

① 被保険者証の 記号 9000 番号 1		② 被保険者の 氏名・年齢・印 木材太郎 (39才)		③
④ 被保険者の資格取得年月日 昭和 平成 2年4月1日		⑤ 被保険者の資格喪失年月日 平成 令和 年 月 日		
⑥ 被保険者の現住所 〒135-0000 TEL 03 (3647) 0000 江東区木場〇-〇-〇 方				
⑦ 事業所名 株式会社 木材商店				
⑧ 被保険者の種別 営業		⑨ 発病または負傷年月日 1年5月30日		
⑩ 傷病名 脳出血				
⑪ 発病または負傷の原因 不詳				
⑫ 療養する為に休んだ期間 令和 1年6月1日から 令和 1年6月20日まで		20 日間		
⑬A 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 ・ 受けない ・ 受けられる ・ 受けられない		
⑬B 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		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで の分として 円		
⑭ 公的年金等 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか はい・請求中・いいえ		⑮ ⑯の受給の原因となった傷病名		年 金 額 円
⑭ 公的年金等 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 はい・請求中・ いいえ		⑮ ⑯の受給の原因となった傷病名		年 金 額 円
※ ⑯又は⑮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				

◎請求の際に今一度確認を！書きもれないか、印もれ無いか

令和 年 月 日 提出

※ 受付日付印

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

支払予定日

事業主が記入するところ	⑮ 労務に服さなかった期間 令和 1年6月1日から 令和 1年6月20日まで	20 日間
	⑯ うえの期間中 の分として支払う報酬関係	金 102,000 円 (日額 17,000 円) (6月25日支払)
	⑰ 現在までも また将来も支給しない理由	有給休暇終了後の欠勤については支給しない。
通常の給与の締切日・支払日 毎月 20 日締切		当月 25 日払
うえのとおり相違ないことを証明いたします。 令和 1年6月21日		
☎ 135-0016 ⑰ 住所 江東区東陽〇-〇-〇 ⑱ 名称 株式会社 木材商店 ⑲ 氏名 代表取締役 木材 健太郎 電話 03 (3648 局) 〇〇〇〇 番		

(事業主の注意事項)

- 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。
- 5、被保険者の資格喪失後の期間にかかるときは、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。
- 6、事業主の証明は必要ありません。

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	平成 令和 年 月 日	㉒ 療養の給付を開始した年月日 平成 令和 年 月 日
⑳ 労務不能と認められた期間	平成 令和 年 月 日から 平成 令和 年 月 日まで	㉓ 左記期間中の診療実日数	日間
	㉔ 上記期間中の入院期間	平成 令和 年 月 日から 平成 令和 年 月 日まで	㉕ 入院費の区別 健保・老人保健 自費・公費
㉖ 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を詳しくご記入願います。		
	㉗ 手術名	㉘ 手術年月日	平成 令和 年 月 日
上記とおり相違ありません。 令和 年 月 日			
⑳ 住所		電話 (局) 番	
㉙ 病院名		㉚ 氏名	

(医師の注意事項)

- 7、⑲の欄には、労務不能と認められた期間については、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。
- 8、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

東京都木材産業健康保険組合