

傷病手当金決定伺	支給額	円			常務理事	事務長	担当	
	支給期間	令 年 月 日から令 年 月 日まで 日間						
	全部 一部 不支給	期間	令 年 月 日から令 年 月 日まで 日間					
		理由	資格取得			昭和・平成・令和 年 月 日		
備考	資格喪失			令和 年 月 日				

※これより上欄は記入しないで下さい

店名 社員番号 **傷病手当金請求書** 今回の請求は第()回目
 ライフコーポレーション健康保険組合理事長殿 下記の通り請求します。 記入日 令和 年 月 日

被保険者の情報を記入する	記号	番号	氏名		生年月日		年齢	業務の種類	
			フリガナ		昭 平 年 月 日		才		
	郵便	—	住所	電話		()			
	傷病名				発病又は負傷の年月日	平成・令和 年 月 日			
	発病又は負傷の原因								
	労務に服することができなかった期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間							
	第三者行為によるものですか	はい・いいえ							
	障害年金、障害手当金を受給していますか	はい(昭・平・令 年 月から)・いいえ					左欄「はい」の場合、年金受給額の方分かるもの(コピー)を添付して下さい		
	厚生年金保険等の老齢共済年金を受給していますか	はい(昭・平・令 年 月から)・いいえ							
	振込希望口座・被保険者名義を記入して下さい ・ゆうちょ銀行可 郵便局不可	金融機関名	銀行 農協 金庫 信組		本店 支店 出張所		口座種別	普通 当座	
	口座番号	口座名義 (被保険者)		カタカナで記入					

医師の意見	傷病名			発病又は負傷の原因			
	発病又は負傷の年月日	平成・令和 年 月 日		療養の給付を開始した年月日	平成・令和 年 月 日		
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間		診療実日数	日間		
	傷病の主症状および経過概要						
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医師 住所 医療機関名 氏名						

事業主証明	労務に服さなかった期間	令 年 月 日から令 年 月 日まで 日間					
	うえの期間中の分として支払う報酬関係	全額支給の場合	令 年 月 日から令 年 月 日まで 日間			金 円 日額 円 (令 年 月 日支払)	
		一部支給の場合	令 年 月 日から令 年 月 日まで 日間			金 円 日額 円 (令 年 月 日支払)	
	支給しない場合						
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 事業主 住所 氏名							