

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				資格取得	昭和・平成・令和 年 月 日	
		理 由							
	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
	200	10000	フリガナ	ケンボ タロウ	昭 平	○ 年 ○ 月 ○ 日	○○才	販売
			健保 太郎	印				
	郵便	○○○—○○○○	住所	○○市○○町○○1-2-3○○マンション102号室		電話	○○ (○○○) ○○○○	
	傷病名	右足骨折			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	休日に公園で転倒など(いつ・どこで・どうしたのかを具体的に)						
	労務に服することができなかった期間		令和 1 年 2 月 3 日 から 令和 1 年 2 月 12 日まで 10 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		はい(昭・平・令 年 月 日から)・いいえ				左欄「はい」の場合、年金受給額の 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 日から)・いいえ					
振込希望口座 ・被保険者名義を 記入して下さい ・ゆうちょ銀行の支店名 は漢数字3ケタです	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 ケンボ タロウ			

医師の意見	同じ期間を記入		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 認めた期間	令和 1 年 2 月 3 日 から 令和 1 年 2 月 12 日まで 10 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 印				

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
		一部支給 の場合	令 年 月 日 から 令 年 月 日 まで 日間
		支給しな い場合	令 年 月 日 から 令 年 月 日 まで 日間
	この欄は人事部給与厚生課で証明しますので 記入しないで下さい		
円 日額 円 年 月 日支払)			
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 印			