支給支払決議書			
常務理事	事務局長		担当

傷病手当金 請求書

年　月　日

被保険者が記入すること

被保険者証	記号		被保険者氏名		
	番号				
被保険者の現住所	〒 TEL　(　　)				
事業所の名称			被保険者の業務の種別		
①	傷病名				
②	発病のまたは負傷した原因				第三者の行為によるものですか
③	発病または負傷した日	年　月　日			はい・いいえ
④	疾病または負傷の療養をするために休んだ期間	年　月　日　から 年　月　日　まで			日間
⑤	医師からの指示				
⑥	療養中の症状やどのように過ごしたか				
⑦	④の期間の分の報酬を受けましたか	受けた・受けていない			
⑧	障害年金または障害厚生年金を受給していますか	受給中・申請中・受けていない			
	上記の受給の事由となった傷病名				
	上記の受給中の年金番号と年額		円		
⑨	老齢または退職を事由とする年金を受給していますか	受給中・申請中・受けていない			
	上記の受給中の年金番号と年額		円		

振込を希望する銀行等の名称

銀行
信用金庫　　支店

カタカナでご記入ください

普通　口座番号								被保険者名	

※会社に受領委任する場合は、下記委任状に記入してください。

本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。　年　月　日

被保険者(申請者)	氏名	
代理人(実際に給付を受領する者)	氏名(名称)	

銀行
信用金庫　　支店

カタカナでご記入ください

普通 当座	口座番号							口座名義	

療養を担当した医師が意見を書くところ				
	被保険者名			
a	傷病名および療養の給付を開始した日	(1)		年　月　日
		(2)		年　月　日
		(3)		年　月　日
b	発病または負傷の原因			発病または負傷の年月日 年　月　日
c	労務不能と認めた期間	年　月　日から　年　月　日まで　日間		
d	cの期間を含む診療日（入院 ○ 外来 △ で表示ください）			
	年　月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計　日		
	年　月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計　日		
e	傷病の主な症状			
f	cの期間に行った投薬・療養の指示等、できるだけ詳しくご記入ください。	投薬 □あり（　日分、　日分、　日分）□なし 通院指導 □あり　□なし（理由　）		
g	治療内容および経過概要			
h	cの期間での診察から労務不能と認められた医学的所見			
i	今後の治療方針および治療計画		今後の休職の有無	□要　□否
	上記のとおり相違ありません。　年　月　日 住所 医療機関名 医師氏名　㊞ TEL　（　）			

事業主が記入するところ				
ア	労務に服さなかった期間	年　月　日から 年　月　日まで		日間
イ	出勤 ○ ・有給 △ ・公休 公・欠勤 / で表示ください。　※ 勤務一覧表の写し等勤怠のわかる書類の添付でも可			
	年　月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計　日		
	年　月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計　日		
ウ	アの期間の分として支払う報酬関係	全額支給した場合または支給する場合	年　月　日から 年　月　日まで	金　円　日額 の分として 金 （　月　日支払）　円
		一部支給した場合または支給する場合	年　月　日から 年　月　日まで	金　円　日額 の分として 金 （　月　日支払）　円
		現在までにもまた将来も支給しない場合は、その旨		給与の種類 □月給　□時間給　□その他
エ	復職予定等時期もご記入ください	□ 年　月に、復職した	□ 年　月から復職予定	□ 年　月まで休職予定
	本請求は私傷病に起因するものであり、上記のとおり相違ありません。　年　月　日 住所 事業所名 事業主氏名 TEL　（　）			

【事業主の方へ】
- 勤務状況は出勤簿の写しを添付してください。
- 賃金台帳の写しを添付してください。