

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 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号 番号		被 保 険 者 名 氏		
	被保険者の現住所		〒			
	事業所の名称				Tel ()	
	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		日間	
	④ 年 月 日 まで					
	⑤ 医師からの指示					
	⑥ 療養中の症状や どのように過したか					
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				
⑧ 上記の受給の事由となった傷病名						
⑧ 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				
⑨ 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 支店 カタカナでご記入ください 信用金庫						
普通 当座		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)				
振込を希望する銀行等の名称						
銀行 支店 カタカナでご記入ください 信用金庫						
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	労務不能と認められた期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間
	e	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		
		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		
f	傷病の主な症状				
g	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 <input type="checkbox"/> あり（ 日分、 日分、 日分） <input type="checkbox"/> なし	通院指導 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし（理由 ）		
h	治療内容および経過概要				
i	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				
j	今後の治療方針および治療計画	今後の休職の有無	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否		
上記のとおり相違ありません。 年 月 日 住所 医療機関名 氏名 Tel ()					

事 業 主 が 記 入 す 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			
		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			
	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	金 円	日額 金 円	
		の分として一部支給した場合または報酬関係支給する場合	年 月 日まで	(月 日支払)	金 円	円
		現在までも将来も支給しない場合は、その旨	年 月 日から	金 円	日額 金 円	円
			給与の種類			
			<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 時間給	<input type="checkbox"/> その他	
	エ	復職予定等時期をご記入ください	<input type="checkbox"/> 年 月 に、復職した	<input type="checkbox"/> 年 月 から復職予定	<input type="checkbox"/> 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 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。