

傷病手当金請求書 (第 回目)

*被保険者は太枠の中を記入して下さい。

被保険者証 の記号番号	記 号	番 号	被 保 険 者 氏 名	
資 格 取 得 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者の 業務の種別	

* 障害（老齢）年金受給者は、毎回受給額のわかる「振込通知書」「年金証書」の写しを添付して下さい。

傷 病 名			発病または負傷日	年 月 日
			発 病（負 傷）原 因	
療養のため休んだ期間 （申請期間）		年 月 日 ～ 年 月 日 間		
上記期間中に報酬を受けた 場合は、その期間と額		年 月 日 から の分として 年 月 日 まで 円		
① 障害年金・障害手当金を受給していますか			いいえ ・ はい ・ 請求中	
障害年金・障害手当金の支給事由となった傷病名				
② 老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか			いいえ ・ はい ・ 請求中	
③ 労災保険から休業補償給付を受けている間の請求ですか			いいえ ・ はい ・ 請求中	
上記①・②・③ で 『はい』・『請求中』の場合		受給開始(予定)日	年 月 日 から	
		年 金（予 定）額	円	
負傷による休業の場合、第三者の行為による負傷ですか			いいえ ・ は い	
上記の通り請求します。 朝信健康保険組合理事長 殿 被保険者の 住 所 氏 名 ⑩				
委任状	私は事業主を代理人と定め、本請求にもとづく給付金に関する権限を委任します。 年 月 日 被保険者の 住 所 氏 名 ⑩ 代理人の 住 所 氏 名 ⑩			

*退職後に請求する場合は記入してください。

希望する 金融機関	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協					本 店 支 店
	預金種別	普通・当座	口座番号		(フリガナ) 口座名義	

*時効：請求権は、事実のあった日の翌日から起算して2年で時効となります。

※請求期間にかかわる出勤簿及び賃金台帳を添付して下さい。

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間			
	上記期間において報酬を支給した場合 (有給休暇も含む)	年 月 日 ～ 年 月 日	日間	総支給額		円
		年 月 日 ～ 年 月 日	日間			円
		年 月 日 ～ 年 月 日	日間			円
	報酬を支給しなかった場合	年 月 日 ～ 年 月 日	日間			0 円
		年 月 日 ～ 年 月 日	日間			0 円
	欠勤控除する場合はその算出方法をご記入ください		(算出方法)			
上記の通り相違無いことを証明いたします。 年 月 日 住所 事業主 氏 名 ㊟						

療養を担当した医師が意見書を書くところ (全項目をご記入ください)	傷 病 名		発病又は負傷の 年 月 日	年 月 日	
	発病または負傷の原因		療養の給付を開始した日	年 月 日	
	労務不能と認めた期間	年 月 日 ～ 年 月 日	左記期間中の診療実日数	日間	
	上記期間中の入院期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
	労務不能と認めた期間中の「主たる症状及び経過」「治療内容・検査結果・療養指導」等(詳しく)				転 帰
					治 癒 中 止 継 続 転 院
	症状経過からみて、従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見				
上記の通り相違ありません。 年 月 日 医療機関所在地 医療機関の名称 担当医師の氏名 ㊟ 電話番号 ()					