傷　病　手　当　金　　請　求　書【第　　回】

休職者は事業主に送付、任継・退職後は健保に送付ください。

任意継続の場合は「任意継続」、退職者は空

パソコンがある方は決定通知書はPDF配信します。メールアドレス記入のご協力お願いします。

被保険者記入欄

被保険者記入欄						
保険証の記号番号	記号		番号		所属会社	
氏					パソコン) 配信します ください。	mail: □パソ
住						
傷					年　月　日　～ 年　月　日　(　日間)	
原因						
上記傷病関連で「障害年金」「障害手当金」「老齢年金」を受給しているか	□受給していない　□受給している→				年金の受給金額(年額)	
振込銀行 (事業主に委任する場合は記入不要。下記委任状記入)	銀行コード		銀行名			
	店番号		支店名			
	口座名義人(カタカナ)					

労務不能の期間と併せる

事業主に委任する場合は記入。
その場合は事業主に振込むため、振込銀行の記入は不要。

委任状	
	私は事業主を代理人と定め、本請求の金額の受領を事業主に委任します。 令和　年　月　日　　被保険者氏名

医師の意見欄

医師の意見欄				
傷病名		発病・負傷の年月日	令和　年　月　日	
負傷の原因		労務不能と認めた期間	令和　年　月　日～ 月　日まで	診療実日数 (　日間)
			あることがわかるように記入	
医師住氏			年　月　日	
	電　話　番　号			

※ 事業主に委任する場合は振込日が異なる場合があります。
事業主にご確認ください。