

傷病手当金・付加金請求書 (第1回)

(1) 請求者記入欄 (この欄を訂正する場合には請求者の訂正印が必要です)

①健康保険者証の 記号-番号		30 - 1234567			
②被保険者名		健保 太郎 健保			
③住所及び電話番号		〒819-5151 福岡県福岡市中央区鷹の町 1-2-3 ホークスハイツ205 Tel. 099-123-4567			
④事業所名		P & G ジャパン株式会社			
⑤発病または負傷年月日		2010年05月05日	⑥傷病名		両足複雑骨折
⑦病気またはけがの為休んだ期間		2010年05月05日 から 2010年06月30日 まで 57日間			
⑧上記⑦の期間のうち出勤された日がある場合はご記載ください					
⑨上記⑦の期間のうち報酬を受けましたか?		ア) 全額受けた イ) 一部受けた ウ) 受けていない			
⑩上記⑨でア又はイと回答した場合報酬額をご記載ください。		2010年05月05日 から 2010年06月04日 まで 有給・病欠の金額を記入 円			
⑪上記⑥と同じ傷病で厚生年金保険の障害年金又は障害手当金を受給されている方はご記載ください		年金額		円	
		基礎年金番号		-	
		受給開始日		年 月 日	
⑫振込希望金融機関名 (カナで記入)	機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義
	ハンシン 銀行 信金 信組 農協	コウシエン 支店	1. 普通 2. 当座	1 2 3 4 5 6 7	ケンボ タロウ

(2) 事業主記入欄 (この欄を訂正する場合には事業主の訂正印が必要です)

⑬ 上記⑦の期間のうち 労務に服さなかった期間		年 月 日 から 年 月 日 まで 日間
⑭ 上記⑬の期間のうち出勤された日がある場合はご記載ください		
⑮ 上記⑬の期間のうち報酬を支給しました		しない
⑯ 上記⑮にてア、イ又はウと回答した場合報酬額をご記載ください。		
⑰ 事業所名称・所在地・電話番号・事業主氏名印		

会社の記入欄です、提出の際には空白で結構です。

(3) 医師意見記入欄 (この欄を訂正する場合には医師の訂正印が必要です)

傷病名	発病又は負傷の原因	
発病又は負傷年月日		日
労務不能と認めた期間		日
傷病の主症状及び経過の概要		
医師の住所・氏名・印	〒	Ⓜ
		Tel.

医師の記入欄です、通院されている病院で記入していただいてからご提出ください。