(SYOTE1.01)

傷 病 手 当 金 請 求 書 （第　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	－		
②被保険者名	㊞		
③住所及び電話番号	〒 Tel.		
④事業所名			
⑤発病または負傷年月日	年　月　日	⑥傷病名	

⑦病気またはけがの為休んだ期間	年　月　日　から　年　月　日　まで　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でアまたはイと回答した場合報酬額をご記載ください。	年　月　日　から　年　月　日　まで　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
	銀行 信金 信組 農協	支店	1. 普通 2. 当座		

（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か？	ア）全額支給した　イ）一部支給した　ウ）支給予定　エ）支給しない		
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。	報酬の種類	期　間	金　額
		～	
		～	
		～	
⑰事業所名称・所在地・電話番号・事業主氏名印			

（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	年　月　日	診療を開始した年月日	年　月　日
労務不能と認めた期間	年　月　日から 年　月　日まで	左記期間中の診療実日数	日
傷病の主症状及び経過の概要			
医師の住所・氏名・印	〒 ㊞ Tel.		

P&G グループ健康保険組合　078-845-7100