

傷病手当金請求書・傷病手当附加金請求書・延長傷病手当附加金請求書

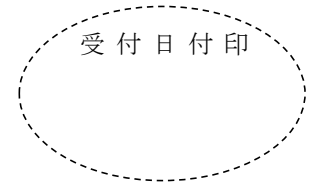
注意 1 請求書及び委任状には印を明瞭に押しつけて下さい。もし不明の場合は受け付け致しかねます。
 2 氏名コードのある方は、氏名コードを記入して下さい。

被保険者証の記号・番号		氏名				㊟	
.		コード					
被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)							
住所	〒 ()						才
事業名称	営業所				職種		
療養の期間	平成 年 月 日から		左記期間のうち入院した期間		平成 年 月 日から		平成 年 月 日 日間
被扶養者の有無	いる	いない	病院名			科名	

療養を担当した医師の意見	傷病名	主病 合併症					
	傷病または負傷の原因	(負傷の場合は業務上でないことが判定できるように特に詳しく)					
	発病または負傷の年月日	平成 年 月 日	療養給付開始年月日	平成 年 月 日			
	労務不能と認められた期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間		左記期間中の診療実日数		日間	
	上記期間のうち入院期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間		入院時の負担	健保・自費・公費		
	労務不能と認められた理由	(症状・処置・経過により意見を書いて下さい)				結核性の場合	
	うえのとおり相違ありません。	平成 年 月 日					
住所	〒 ()						
医師	氏名		㊟				

事業主の証明	労務に服さなかった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	
	上の機関のうち支払った報酬の額	平成 年 月 日の分 円	
	うえのとおり相違ありません。	平成 年 月 日	
	住所 〒		
事業主	㊟		

注意 出勤表の勤怠を必ず記入		
期 間	日数	勤怠
月 日 月 日		
・ ~ ・		
・ ~ ・		
・ ~ ・		
・ ~ ・		



委任状	表記請求の受領を ㊟ に委任する。
	平成 年 月 日 被保険者氏名 ㊟