

受付印	支給決定期間	年 月 日から	常務理事	事務長	係	係
		年 月 日まで				
	支給決定額	(除く 日間 日)				
		円				

傷病手当金請求書 (第 回日)

被保険者記入欄	被保険者証の記号・番号	記号	氏名	⑩		
		番号	生年月日	年	月	日
	住所 (電話)	TEL				
	障害(厚生)年金、手当金受給の有無	有・無・請求中	年 月 から受給	基礎年金番号	-	
	受給病名			障害(厚生)年金、手当金の額	円	
事業主が証明するところ	傷病の原因	業務上 ・ 第三者行為 ・ ちがう				
	労務に服さなかった期間	年 月 日 から	年 月 日 まで (日間)			
	上記期間中給料を支給した期間	月 日 から	月 日 まで (日間)	出勤有給休暇		
	上記のとおり相違ないことを証明します。		年 月 日			
療養を担当した医師が意見を書くところ	傷病名					
	発病又は負傷の原因					
	発病又は負傷の年月日	年 月 日	療養の給付開始年月日	年 月 日		
	労務不能と認めた期間	年 月 日 から	年 月 日 まで (日間)	(診療実日数 日間)		
	上記期間のうち入院した期間	年 月 日 から	年 月 日 まで (日間)			
	傷病の主症状及び経過概要					
上記のとおり相違ないことを証明します。		医療機関の所在地	年 月 日			
医療機関の名称						
医師の氏名		⑩	TEL			
受取金融機関	銀行	(預金種目)	口座番号			
	信金 農協 信組	支店	1. 普通 (フリガナ) 2. 当座 口座名義			
委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を右記代理人に委任します。		【代理人】 (口座名義人)			
	【本人】	年 月 日	住所	氏名		
氏名		氏名				
待期	標準報酬日額	支給率	支給日額	支給日数	支給額	
日	円	2/3	円	日	円	