

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

傷病手当金請求書 (第 1 回目)

被保険者記入欄	被保険者証の 記号・番号	記号 12	氏名 西部 太郎		
		番号 345678	生年月日 平成5 年 10 月 18 日		
	住所	福岡市中央区天神 7-7-7 TEL 092-123-4567			
	障害(厚生)年金、手当金 支給の有無	有・ 無 ・請求中	年 月から受給		
	受給病名	急性虫垂炎	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			
	事業所所在地				
	事業所名称				
	事業主名				
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。	年 月 日			
	医療機関の所在地	年 月 日			
	医療機関の名称				
	医師の氏名	TEL			
受取金融機関	※資格喪失後又は任意継続の方は、振込先をご記入ください。 (預金種目) 口座番号 銀行 普通 支店 2. 当座 口座名義 信金 支店 2. 当座 口座名義 農協 支店 2. 当座 口座名義 信組 支店 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。 【本人】 令和1 年 12 月 20 日 「住所は被保険者記入欄の住所と同じ」 氏名 西部 太郎		【代理人】 (口座名義人) 住所 事業主 記入欄 氏名		
	待期	標準報酬日額	支給率	支給日額	支給日数
日	円	2/3	円	日	円