

傷病手当金請求書 2112 (第 回) (令和 年 月 日から 令和 年 月 日 まで) 待期間

常務理事	担当部長	次長	課長	係

※ 整理番号		被保険者証		記号		番号		職種		<input type="checkbox"/> 事務系 <input type="checkbox"/> 技能系	
※ 日数		自 月 日		生年月日		昭・平 年 月 日					
決定		%		円× 日		円					
		%		円× 日		円					
		%		円× 日		円					
		%		円× 日		円					
資格取得年月日		令和 年 月 日		発病または負傷の年月日		年 月 日					
資格喪失年月日		令和 年 月 日		発病または負傷の原因		いつ、どこで、どうして、……と詳しく記入					
標準報酬月額		令和 年 月 千円		傷病が第三者の行為によるものであるか否か		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない					
雇用区分		<input type="checkbox"/> 社員 <input type="checkbox"/> 期間社員 <input type="checkbox"/> 限定職社員 <input type="checkbox"/> 関係会社		労務に服することができなかった期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間					
上報記酬期支払中状況		(全額・一部) 支給した場合 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (月 日支給) 円 支給してない		上記の期間中の報酬は		受けた ・ 受けない					
当事業主証明欄の記載内容が正しいことを証明します。		当事業所の名称 事業主の氏名		報酬を受けたときはその期間と金額		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで の分として 金 円					
				厚生年金保険の障害年金(手当金)を受給していますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 裁定中					
				上記のとおり請求します。なお本金額の受領を左記の事業主に委任します。		令和 年 月 日					
				住所							
				被保険者 TEL							
				氏名							

※負傷による請求の場合は負傷した時間・場所・直接の原因などを必ず「原因欄」に記入のこと。

医師が意見を書く欄	傷病名					発病又は負傷の原因					
	発病又は負傷の年月日	令和	年	月	日						
	診療開始日	令和	年	月	日						
	労務不能と認められた期間	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	日間	労務不能期間中の診療実日数	日間			
	上の期間中に入院したときはその期間	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	日間	入院の費用別	健保	自費	公費	その他
	傷病の主症状及び経過概要										
	上記の通り相違ありません。					令和	年	月	日		
〒											
住所											
名称											
TEL											
					医師名 _____						