

支給決議	同年月日		.				.		取得年月日		.				.		常務理事	事務長	所属長	担当者	担当者
	支給額					喪失年月日		.				.									
						傷病手当金額		円													
	支給内訳			日額		日数										支給開始終了	. . ~ . .				
														支給期間	. . ~ . .				日間		

事業所コード		事業所名		傷病手当金請求書 (回目)										事業所	所属長	担当者

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番号	フリガナ	生年月日				
	16		被保険者氏名	昭和 平成 . .				
	被保険者の現住所	〒 (連絡先電話番号) — —						
	傷病名							
	発病又は負傷の原因	平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃 負傷・発病				第三者による負傷ですか?	はい・いいえ	
		どこで				業務上による負傷ですか?	はい・いいえ	
		何をしています						
		どのようにして負傷(発病)したか				通勤途上の負傷ですか?	はい・いいえ	
	療養のため休んだ期間(今回の請求期間)		令和 . . ~ . .				日間	
	障害年金・障害手当金を受給していますか?		はい・請求中・いいえ		年金・手当金を受給している方は、年金額・開始年月・受給事由の傷病名も記入してください 年 額 円 開始年月 平成・令和 年 月から 傷病名			
	老齢年金を受給していますか?		はい・請求中・いいえ		年金を受給している方は、年金額と開始年月も記入してください 年 額 円 開始年月 平成・令和 年 月から			
必要添付書類		年金を受給している方は、「年金証書の(写)」 「直近の額を証明する書類(年金改定通知書)」を提出してください 障害年金・手当金を受給している方は、「障害者手帳の(写)」も提出してください(傷病名記載あるページ必須)						
(注)障害年金・障害手当金・老齢年金等を受給している場合、傷病手当金は支給調整されますので、上記添付書類を必ず添付してください また、年金等の受給が判明した場合、年金受給後の傷病手当金は返還していただくことになりますので、ご承知ください 上記のとおり請求します。 また今回の請求について、山崎製パン健康保険組合が医療機関及び関係機関に照会することに同意します。 本請求に基づく在籍期間中の傷病手当金の受領は代理人(事業主)に委任します。(在籍者の振込先は給与口座となります) 令和 年 月 日 被 保 険 者 氏 名								

喪失(退職)者、任意継続被保険者、被保険者死亡時の請求者は直接振り込みとなりますので、振込先口座を記入してください 但し、事業所を通しての支払い希望の場合は記入不要です(給与口座へ振り込み) 口座は請求者名義のみとなります。												支 払	決 議	受 付	
振込先					銀行				支 店						
	普通預金		口座番号		No.										
	名義人(カタカナ)														

事業主証 明欄	証 記 号 ・ 番 号	16		氏 名					
	取 得 年 月 日	平成・令和 ・		喪 失 年 月 日	平成・令和 ・		標 準 報 酬 月 額	千 円	
	労 務 に 服 さ な か っ た 期 間	令和 ・ ・ ・ ・ ・						日 間	
		※労務に服さなかった期間の給与明細と出勤台帳の写しを必ず添付してください							
	雇 用 区 分	1. 社員 2. スキルドパートナー 3. 嘱託 5. 準社員 7. パート 8. 有期 9. アルバイト							
	勤 怠 の 状 況	令和 年 月 日 より 私傷欠 令和 年 月 日 より 休職 令和 年 月 日 より 復職（ している ・ 予定 ）							
備考欄									

上記のとおり相違ないことを証明します。				
令和	年	月	日	事業所所在地 名称
事業所長名				

健 保 使 用 欄	期 間						金 額	日 数	日 額
	令和 ～								
	.	.		.	.				
	令和 ～								
	.	.		.	.				
	令和 ～								
	.	.		.	.				

担
当

医
師

の

意
見

欄

受診者名						
傷病名						
傷病の主状態 および経過概要 (詳しく)					転 帰	治癒
						継続
						転医
						中止
発病又は負傷年月日	平成 令和	・ ・	療養給付の開始年月日	平成 令和	・ ・	
発病又は負傷の原因(詳しく)						
労務不能と認めた期間	令和	・ ・ ～ ・ ・	日間	左の期間中の診療実日数	日間	
入院期間	令和	・ ・ ～ ・ ・	日間	入院費用別の	健保・公費 自費・その他	
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 所在地 医療機関 名称 担当医氏名						

※医療機関名等ゴム印を押印ください

【医師へのお願い】

労務不能と認めた期間は、証明日以前の期間を記入してください。
内容により、保険者より照会をさせていただくことがありますので予めご了承ください。
訂正の際は、訂正印の押印をお願いします。