

傷病手当金請求書

第 回 目

捻挫・骨折など外傷性の傷病は「第三者による傷病」を添付してください。
 第三者による傷病は「第三者の行為による傷病」を添付してください。

「業務の内容(種別)」は「美容師」・「理容師」・「事務員」等、具体的に記入してください。
 「被保険者記入欄」は必ず被保険者が記入してください。未記入の項目がある場合、支給できません。

被 保 険 者	被保険者証	記号	番号	事業所名
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生		資格取得日 年 月 日
	被保険者 (請求者) の氏名	フリガナ	氏名	業務の内容(種別)
	被保険者 の現住所	〒 電話		
	(ア) 疾病又は負傷の療養をする ために休んだ期間 (請求期間)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		日間
が 記 入 す と こ ろ	(ア)の期間で 事業所から 報酬を	1 受けた	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	の分として 円 「 月 日支払・予定」
	2 受けられない			
入 る	発病・負傷の 原因について	傷病名	左記の傷病は第三 者によるものですか	はい ・ いいえ
	いつ	平成 年 月 日頃	どこで	
	療養の状況 について	休んだ期間の病状やどのように過ごしたのかを具体的に(通院・治療状況等) 医師からの指示内容		
こ ろ	障害年金の受給 状況について	障害年金 障害手当 金を	受けている・請求中* 受けていない	受給原因と なった傷病名 年額 円
	退職後の 報酬について	(ア)の期間に報酬(給与等) がありましたか	無・有	月 日から 報酬額 月 日まで 円
こ ろ	公的年金の 受給状況について	老齢・退職 による公的 年金を	受けている・請求中* 受けていない	年金制度 名称 年額 円

* 障害年金・公的年金を受給中の方は別途添付書類が必要となります。

受付日付印

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日
	被保険者 (請求者)の 氏名 の印欄は同一印 をご使用ください。
代理人の 住所	
氏名	

受領委任する場合、「支払金融機関欄」は代理人の口座を記入し、それ以外は被保険者名義の口座を記入して下さい。

支 払 金 融 機 関 欄	金融機関コード	支店コード	
	銀行 本店		
	金庫 支店		
	口座番号	普通・当座	
口座名義 (カタカナ)			

健保使用欄	資格取得日	年	月	日	標報	千円
	資格喪失日	年	月	日	在籍・喪失後	

事業主が証明するところ	期間	平成	年	月	日から	賃金	日締	被保険者の																								
		平成	年	月	日まで	支払日	日払	業務内容																								
	上記期間について詳細にご記入ください(出勤は で、有給は で、公休は公で、欠勤は / でご記入ください)																															
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
欠勤控除の有無	有	算出方法を記入		欠勤控除の算出方法	控除額	$\text{円} = \frac{\text{基本給} \cdot \text{通勤手当} \cdot \text{役職手当} \cdot \text{その他(手当)}}{\text{基礎日数}} \times \text{欠勤日数}$		基礎日数	欠勤日数																							
うえのとおり相違ないことを証明します。										平成	年	月	日																			
事業所所在地																																
事業所名																																
事業主名																																
電話										() 番																						

この請求書に記載されている個人情報や支給決定にのみ利用し、第三者には提供いたしません。この請求書に記載されている個人情報は支給決定にのみ利用し、第三者には提供いたしません。この請求書に記載されている個人情報は支給決定にのみ利用し、第三者には提供いたしません。この請求書に記載されている個人情報は支給決定にのみ利用し、第三者には提供いたしません。

療養を担った医師が意見をかくところ	傷病名			初診年月日	年	月	日	
				(療養開始年月日)	年	月	日	
	発病・負傷の原因			発病・負傷年月日	昭和・平成	年	月	日
	(イ) 労務不能と認められた期間	平成	年	月	日	日間	左の期間中の	日間
		平成	年	月	日	日間	診療実日数	日間
	(イ)の期間中に入院した期間	平成	年	月	日から	転帰	治癒・継続・中止・転医	
		平成	年	月	日まで			
(イ)の労務不能と認められた期間に対する主症状								
(イ)の期間に行った療養の内容	投薬・検査・手術・療養の指示内容など、詳細に記入してください 投薬 : 有 () 無 () を 日分) 通院指導 : 有 () 無 () 週間 / 回 検査手術内容 : 療養の指示内容経過概要 :							
(イ)の期間の診察から従前の職種にて労務不能と認められた医学的所見								
うえのとおり相違ありません。								
医療機関所在地								
医療機関名								
医師氏名								
電話 () 番								

全日本理美容健康保険組合

社会保険労務士の提出代行者印