

傷病手当金（付加金）・延長傷病手当金付加金 請求書 (第 1 回)

※日付はすべて和暦で記入

被保険者記入欄	被保険者証 記号	1	番号	1 2 3 4 5 6	被保険者氏名	健保 太郎	印 (回転印不可)
	事業所名・所属	株式会社 I H I 総務部 総務課			生年月日	(和暦) xx 00 年 10 月 10 日	
	被保険者の住所	〒 100 - 0000 東京都江東区豊洲9丁目99番99号 I H I マンション999号			Tel	090-9999-0000	
	傷病名	外傷の場合は「傷病原因届」を添付 右大腿骨骨折		労務不能のため 休んだ期間	xx 00 年 5 月 1 日から xx 00 年 7 月 9 日まで 70 日間		
	各種年金・障害手当金受給の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 請求中	種別	<input checked="" type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 老齢年金	受給金額	年額 1,000,000 円	

担当医師の意見記入欄	傷病名	右大腿骨骨折	発病または負傷の原因	自宅階段より転落
	発病または負傷年月日	xx 00 年 5 月 1 日	療養の給付を開始した年月日	xx 00 年 5 月 1 日
	労務不能と認められた期間	xx 00 年 5 月 1 日から xx 00 年 7 月 9 日まで 70 日間	左記の期間中の 診療実日数	55 日間
	入院した期間	xx 00 年 5 月 1 日 ~ xx 00 年 6 月 19 日 50 日間		
	傷病の主症状および経過概要	救急車にて当院に搬送された。複雑骨折であり、ギプスにて固定し入院。経過良好のため退院し、現在は通院に至っている。		

事業主証明欄	労務に服さなかった期間	xx 00 年 5 月 1 日から xx 00 年 7 月 9 日まで 70 日間	左記の期間中報酬の全額を支給した期間	xx 00 年 5 月 1 日から xx 00 年 5 月 7 日まで 7 日間	
	月・日・時給制の別	<input type="checkbox"/> 月給制 <input checked="" type="checkbox"/> 日給月給制 <input type="checkbox"/> 日給制 <input type="checkbox"/> 時給制			
	その他(各種手当等)	年 月 日から 年 月 日まで 日間 日額 円・支給額 円	年 月 日から 年 月 日まで 日間 出勤・(半休) 支給額 円		
	事業所所在地	東京都江東区豊洲三丁目1番1号			事業主証明年月日時点で復職している場合は、復職日を記入
	事業所名称	株式会社 I H I			(和暦) xx 00 年 7 月 10 日

委任欄	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主(代理人)に委任します。	在職者のみ記入	受付日付印
	xx 00 年 7 月 13 日 被保険者氏名 健保 太郎	健保 太郎 印 (回転印不可)	

在職者の方は、通常は事業主経由でお支払いしますが、できない事態に備え下欄に口座情報を記入してください(被保険者本人名義の口座に限る)。なお、ご記入いただいた口座情報は給付金支給するためだけに使用します。 ※2回目以降は記入不要(変更の場合は記入)

振込先記入欄	銀行コード	1 2 3 4	支店コード	5 6 7	口座番号	8 9 0 1 2 3 4
	みずほ	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金	<input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信組	月島	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店	種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	フリガナ	ケンポ タロウ				

被保険者死亡の場合を除き
本人名義口座に限る