

傷病手当金請求書 (第 回)

標準報酬月額 千円

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証の		被保険者(請求者)の氏名・生年月日・印	印		
	記号	番号		S・H・R	年	月
	被保険者の		〒			
	現住所					
	電話番号(資格喪失者の方は記入をしてください。)			電話 - -		
	事業所名					
	被保険者の資格取得年月日	S H R	年	月	日	被保険者の職 種
	被保険者の資格喪失年月日	H R	年	月	日	発病または負傷年月日
	傷病名					
	療養のために労務に服することが出来なかった期間		自 令和 年 月 日	日間		
		至 令和 年 月 日				
上記の(労務に服することが出来なかった)期間中に報酬を受けたとき、又は受けられるときは、その期間とその報酬		報酬を受けた期間		報酬金額		
		自 令和 年 月 日				
		至 令和 年 月 日		日間		
資格喪失者の方		老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか		いいえ・請求中・はい		
		年金コード又は記号番号もしくは番号		年金額		
				円		
障害年金、障害手当金を受けているとき、又は受けることができるとき		㊦年金の種類別	障害年金・障害手当金	㊧年金額	㊨年金の支給事由となった傷病名	
		㊩年金を受けることとなった年月日	㊪障害年金を受けている場合は障害年金証書の記号番号			
上記によって傷病手当金を請求します						
横浜港運健康保険組合理事長 殿						
令和 年 月 日 提出						

〔 継 続 〕 の方の記入欄	銀行 本店		※受付日付印
	信用金庫 支店		
	預金種別	口座番号	
	普通・当座		(カタカナで記入願います)

備考

事 業 主 証 明 書	労務に服さなかった日	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	計	有給 日
	出勤は○ 有給は△	月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	欠勤 日
	公休は□ 欠勤は×	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	計	有給 日
		月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	欠勤 日
上記の支払う報酬関係	全部支給したまたは支給できる場合	令和 年 月 日から	の分として 金 円		
		令和 年 月 日まで	(月 日支払) 金 円		
	一部支給したまたは支給できる場合	令和 年 月 日から	の分として 金 円		
		令和 年 月 日まで	(月 日支払) 金 円		
	現在までもまた将来も支給しない理由				
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 住所					
事業主 氏名		印			
電話 () 番					

保 険 医 の 意 見 書	傷病名				発病または負傷の原因
	〔二つ以上あるときは、主病に○印して下さい〕				
	発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日	療養の給付を開始した年月日	令和 年 月 日	
	労務不能と認められた期間	自 令和 年 月 日	入院期間	自 令和 年 月 日	診療実日数
		日間		日間	
		至 令和 年 月 日		至 令和 年 月 日	
	傷及び病の経過の症状要	(労務不能と認められた期間について、労務に服することができない旨の意見を必ずご記入下さい。)			
		令和 年 月 日			
		保険医療機関名			
		及び住所	(電話 - -)		
	保険医氏名	印			

委任状	令和 年 月 日		
	表記請求金額の受領を被委任者へ委任します。	被委任者	印
		被保険者氏名	印

注意事項
(事業主) … 長期にわたる場合でも一ヶ月の期間ごとに証明するよう願います。第1回目は貸金台帳等との照合が必要です。