

傷病手当金・傷病手当付加金請求書（第1回目）

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	8500-〇〇〇〇	事業所の名称	伊賀事業所
			所 属	健保グループ
			社 員 番 号	〇〇〇〇〇〇〇
	傷 病 名	鎖 骨 骨 折		
	発病または負傷の年月日	2022年 5月 31日		
	発病または負傷の原因	5月31日に私用で買い物に外出中、道路で横転し、左肩を強打した。		
	労務に服することができなかった期間	2022年 6月 1日から 2022年 6月 30日まで 30日間		
	年金の受給の有無 (障害厚生<基礎>年金、 障害手当金、老齢厚生<基 礎>年金)	☐ 有 ☒ 無 ☐ 請求中 ⇒「有」の場合は、「年金証書（写）」を添付してください		
	「有」・「請求中」の場合は記 載 (障害厚生<基礎>年金、 障害手当金受給の場合は、 傷病名も記載)	受給の傷病名		
		支給開始年月日	年	月 日
年 金 額				
第三者の行為によるもので か	☐ はい ☒ いいえ			
給付金振込先	給与振込口座			
上記のとおり申請します。 2022年 7月 18日 〒〇〇〇-〇〇〇〇 住所 奈良〇〇県〇〇市〇〇 被保険者 氏名 健保 太郎 D M G 森精機健康保険組合理事長殿 日中連絡のつく電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇				

事業主記入欄	この欄は事業主に証明を依頼してください		2022年 6月 1日から 2022年 6月 30日まで 30日間	
	出勤状況		（出勤＝○、有給＝△、欠勤＝×、早退、遅刻＝□、休日＝／を日付の上に表示）	
	2022年 6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	
	年 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	
	年 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	
	給与区分		■ 月給 ・ □ 日給 ・ □ 時間給	
	給与計算		締日	末日 支払日 25日
	欠勤日における会社報酬		□ 支給 ・ ■ 不支給	
	「支給」の場合、その期間		年 月 日から 年 月 日 日間	
	「支給」の場合、その金額		円	
上記のとおり相違ないことを証明します。				
事業主 住所 ○○県○○市○○町 7 7 00年 00月 00日 氏名 ○○株式会社				

療養担当医師記入欄	患者氏名		健保 太郎		傷病名		鎖骨骨折	
	この欄は療養を担当した医師に証明を依頼してください		年 5月 31日		療養の給付を開始した年月日		2022年 5月 31日	
							左肩部強打	
	傷病の主症状および経過概要		鎖骨を強打し、5/31初診。レントゲン検査し骨折が判明したため鎖骨バンドで鎖骨を固定する。骨折した部位が固定するまで安静が必要であると判断した。					
	労務不能と認めた期間		2022年 6月 1日から		2022年 6月 30日まで		30日間	
	診療実日数				診療実日数 5日間			
	診療日に○をつけてください		2022年 6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			
	年 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					
	年 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					
	上記期間中に入院した期間がある場合はその期間		00年 00月 00日から		00年 00月 00日まで		00日間	
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見		固定した部位が固定するまで安定が必要であったこと、また固定後もリハビリが必要であったため労務不能と判断した。						
上記のとおり相違ないことを証明します。		医療機関の所在地、医療機関名称はゴム印が押されていること		2022年 7月 10日				
医療機関住所		○○県○○市○○町 3 3		労務不能と認めた期間の終了日と同じ日または後の日付。				
医療機関名称		○○総合病院		【例】 労務不能と認めた期間:6月1日から6月30日まで				
医師の氏名		山田 一郎		医師の証明日:6月30日または7月1日以降の日付であること				
電話		0000-00-0000						