

科目・支給決定額	法定	款 項 目	円
	付加金	款 項 目	円
	延長付加	款 項 目	円
期 日			
総 支 給 額	円		

承認印	常務理事	事務長	係

資格	得	給 始
	喪	付 終

※給付額の計算書別添

## 傷病手当(付加)金請求書

(第 回)

被 保 険 者 記 入 欄	①被保険者証の	記号	番号	②被保険者名	印	
	③現住所	〒		④原籍会社		
	⑤被保険者資格 取得年月日	昭和 平成	年 月 日	⑥業務の種別		
	⑦傷病名			⑧発病または 負傷の年月日	昭和 平成 年 月 日	
	⑨発病または 負傷の原因	【 通勤途上や業務上で負傷または発病したものですか…… はい ・ いいえ 】 【 第三者の行為によって負傷したものですか …… はい ・ いいえ 】				
	⑩傷病の療養のため 休んだ期間	平成 年 月 日から		日間		
	⑪障害年金等を受け ている時または 受けられる時	年金の種別 (該当するもの すべてに○)	A. 障害基礎年金 B. 障害厚生年金 C. 障害手当金	年金総額	円	
		支給事由となった 傷病名		支給開始 年月日	昭和 平成 年 月 日	
		基礎年金番号	—	年金 コード		
	⑫退職者が 老齢年金を受け ている時または 受けられる時	年金の種別	A. 老齢基礎年金 B. 老齢厚生年金	年金総額	円	
支給開始 年月日		平成 年 月 日				
基礎年金番号		—	年金 コード			
<b>委任状</b>						
私は、傷病手当(付加)金の受領を上記④に記載の事業主に委任します。平成 年 月 日						
被保険者氏名					印	
退職者・任意継続被保険者の方は記載不要です						
⑬振込先口座 (被保険者名義)	銀行名		銀行 コード	口座番号	1.普通 2.当座	
	支店名		支店 コード	名義 (カタカナ)		

横河電機健康保険組合

H28.4

受 付 日 付 印

【収集する個人情報について】

本請求書に記入された個人情報は、本請求書に係る業務処理の目的のみに使用し、他の目的には使用いたしません。

被保険者証の	記号	番号	被保険者名
--------	----	----	-------

療養を担当した医師の意見記入欄	傷病名																															
	発病または負傷の原因の詳細																															
	傷病の主状態 および治療内容・経過概要の詳細																															
	発病または負傷の年月日	昭和 平成	年	月	日																											
	療養の給付を開始した年月日	昭和 平成	年	月	日																											
	労務不能と認められた期間	平成	年	月	日から	日間	左の期間の 診療実日数	日間																								
		平成	年	月	日まで																											
	診療日(○で囲む)																															
	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
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	
上記のとおり相違ない事を証明する。																																
平成 年 月 日																																
住所 医療機関名																																
氏名																																
印																																

事業主記入欄	①労務に服さなかった期間	平成	年	月	日から	日間																										
		平成	年	月	日まで																											
	上記期間中の出勤・有給・公休・欠勤を【出勤・・・○、有給・・・△、公休・・・公、欠勤・・・/】でそれぞれ記入してください																															
	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
	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
	②①の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況	平成	年	月	日から	日間																										
		平成	年	月	日まで																											
		平成	年	月	日から	日間																										
		平成	年	月	日まで																											
平成		年	月	日まで																												
報酬を支給しない場合、その旨																																
上記のとおり相違ない事を証明する。																																
平成 年 月 日																																
住所 事業所名																																
氏名																																
印																																

横河電機健康保険組合