

傷病手当金・傷病手当付加金請求書

(第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の記号・番号				②事業所の名称				③仕事内容 (退職後の期間を請求される方は、在職中の仕事内容)			
	④資格を取得した年月日		昭和 平成 令和		年 月 日		⑤標準報酬月額		千円			
	⑥発病又は負傷の年月日		平成 令和		年 月 日		⑦傷病名					
	⑧発病又は負傷の原因								⑨ 第三者の行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は「第三者行為届出用紙」を提出してください			
	⑩療養の為に休んだ期間(申請期間)		平成・令和		年 月 日 から		平成・令和		年 月 日 まで		日間	
	⑪障害年金、障害手当金を受けている時、又は受けることができる時		⑫年金の種別(○で囲む)		障害年金 障害手当金		⑬年金額		⑭年金の支給事由となった傷病名			
			⑮年金を受けることとなった年月日		年 月 日		年額 円		⑯障害年金を受けている場合は障害年金証書の記号番号			
	⑰ ⑩の期間に報酬(給与等)がありましたか		ない ・ ある		←ある場合は、⑱も記入							
	⑲ 報酬(給与等)を受けた期間と金額		平成・令和		年 月 日から 平成・令和		年 月 日まで		円			
	⑳ 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		←請求中・はいの場合は㉑に記入してください							
㉒ 老齢又は退職を事由とする公的年金の制度名と金額		年金制度名		年金額		円						
㉓現在の健康保険証		1 TSIホールディングス健康保険組合の任継継続		記号		番号						
(該当の番号に○してください)		2 国民健康保険 ()市区町村										
※健康保険証をみて記入してください		3 全国健康保険協会()支部										
		4 ()健康保険組合・共済組合		本人 ・ 家族								
㉔		上記のとおり請求します。		令和 年 月 日		⑳日中連絡の取れる電話番号						
住所 〒		被保険者の		氏名		受付日付印						
		氏名		㉕								
		TSIホールディングス健康保険組合理事長 殿		㉖								

⑮振込希望口座	銀行・金庫 信組		店・本店 支店・出張所		預金種別		普通・当座					
	信連・信漁連 農協・漁協		本所・支所 本店・支店		口座番号		口座名義(請求者)					
※カタカナで記入												

※旧姓の口座への振込みはいたしません

給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください

⑯委 任 状	本請求書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		令和 年 月 日		
	住所				
	被保険者の				
	氏名		㉗		
住所					
代理人の					
氏名		㉘			

事業主が証明するところ	④ 労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	⑤ ④の期間中出勤・有給日数 (出勤) 日 (有給) 日		
	③ 所定休日 (該当するものに○)	月・火・水・木・金・土(1・2・3・4・5週) 日・祝・シフト制のため不定期 →シフト制の場合右記に日付を記入()	⑥ 給与締切日と支給日 日締→ 当・翌 日払		
	⑦ ④の期間に支払われた報酬の (○で囲んでください)	支給をしない	支給をした	→支給をした場合は⑦に記入してください	
	⑧ ④の期間に支払われた報酬のすべてについて	報酬の名称	日額又は月額	支給対象期間	支給日
		円	月 日～ 月 日	/	日分 円
	円	月 日～ 月 日	/	日分 円	
	円	月 日～ 月 日	/	日分 円	
	円	月 日～ 月 日	/	日分 円	
	円	月 日～ 月 日	/	日分 円	
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日					
所在地					
事業所 名称					
事業主氏名 ㊟					

療養を担当した医師が意見をかくところ	⑨ 傷病名	⑩ 発病又は負傷の原因		
	⑪ 発病又は負傷の年月日	年 月 日	⑫ 療養の給付を開始した年月日	
	⑬ 労務不能と認めた期間	年 月 日から	年間	⑭ 診療実日数
		年 月 日まで		日間
	⑮ 傷病の主症状及び療養の指示内容・経過概要 (具体的な治療・指示内容、労務不能となる症状や所見について詳しくご記入ください)			
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日				
所在地				
医療機関 名称				
医師氏名 ㊟				
電話				

※医療機関の名称、所在地はゴム印を使用してください

※証明は労務不能と認めた期間が経過した後に記入してください。

先付け証明は受付できません。

※①の期間が「0」の場合受付できません。

社会保険労務士の提出代行者印
㊟