

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 <small>「はい」の場合は「第三者行為届出用紙」を提出してください</small>			
	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年金の種類(○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 月 日		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	
	⑫退職請求される方を		⑰⑩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、⑮も記入			
			⑱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			
			⑲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⑲に記入してください			
⑲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			
⑲現在の健康保険証 (該当の番号に○してください) ※健康保険証をみて記入してください		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				
		2 国民健康保険 ()市区町村								
⑲()健康保険組合・共済組合		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						
⑳上記のとおり請求します。		令和 年 月 日		㉑日中連絡の取れる電話番号						
住所 〒		被保険者の氏名		TSIホールディングス健康保険組合理事長 殿						

㉒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

㉓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		㉔	
住所				
代理人の氏名		㉕		

事業主が証明するところ	㉖労務に服さなかった期間		年 月 日から 年 月 日まで		日間		㉗㉘の期間中出勤・有給日数 (出勤) (有給)			
	㉙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()		㉚給与締切日と支給日		日締→当・翌 日払			
	㉛㉘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㉛に記入してください					
	㉜㉘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 支給額	
			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	㉞傷病名		㉟発病又は負傷の原因	
	㊱発病又は負傷の年月日		年 月 日	
	㊲療養の給付を開始した年月日		年 月 日	
	㊳労務不能と認めた期間		年 月 日から 年 月 日まで	
	㊴療養実日数		日間	
	㊵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。
 ※㉖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
㉚