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	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 ☐ はい　☐ 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）	年　月　日 から 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	㋐年金の種別（○で囲む）	障害年金 障害手当金	㋑年金額 年額　円	㋒年金の支給事由となった傷病名
	㋓年金を受けることとなった年月日	年　月　日	㋔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退職後の期間を請求される方

㋕ 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、㋖も記入
㋖ 報酬（給与等）を受けた期間と金額	年　月　日から　年　月　日まで　円
㋗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・はいの場合は㋘に記入してください
㋘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

㋙現在の健康保険証（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		記号	番号
	1 TSIホールディングス健康保険組合の任継継続		
	2 国民健康保険（　　）市 区 町 村		
	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	

⑬
上記のとおり請求します。　年　月　日

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

⑭日中連絡の取れる電話番号

受付日付印

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
		口座番号	
信連・信漁連 農協・漁協	本所・支所 本店・支店	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。　年　月　日

住所

被保険者の

氏名　㊞

住所

代理人の

氏名　㊞

注1）有給には報酬、賃金等の支給が発生する休み全ての日数を記入してください

事業主が証明するところ

ⓐ労務に服さなかった期　間	年　月　日から　年　月　日まで　日間	ⓑ ⓐの期間中出勤・有給日数 （出勤）日　（有給 注1）日
ⓒ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（　　）	ⓓ給与締切日と支給日 日締→ 当 ・ 翌　日払
ⓔ ⓐ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ⓕに記入してください	

ⓕ ⓐ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。　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

ⓖ傷病名		ⓗ発病又は負傷の原因	
ⓘ発病又は負傷の年月日	年　月　日	ⓙ療養の給付を開始した年月日	年　月　日
ⓚ労務不能と認めた期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間	ⓛ診療実日数	日間

ⓜ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。　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

㊞