

支給決定日	決定証印					支払日
	常務理事	事務長	MGR	MGR	係	
<p>【注意点】</p> <p>・被保険者、保険医の意見、事業主が証明する欄は全て記入してください。空欄があると受領できません。</p> <p>・該当期間の出勤簿写しと給与明細書写しを必ず添付してください。(事業主が添付)</p>						
支給期間	自 年 月 日	待機期間	年 月 日 ~	年 月 日	標準報酬月額	年 月 千円 ・ 年 月 千円

傷病手当金請求書 (第1回)

*この欄は被保険者が記入して下さい。

保険証	記号 1234	事業所及び個所名 (又はもとの所属)	(株)JTB ○○支店
	番号 456789		TEL. 03-5796-1111
資格取得年月日	昭和(平成) 10年 4月 1日	資格喪失年月日	令和 年 月 日
任意継続資格取得年月日	令和 年 月 日	資格喪失年月日	令和 年 月 日
傷病名	インフルエンザ	仕事内容	接客
発病又は負傷の原因 (※必須)	1月10日に発熱、病院に受診し、インフルエンザB型の陽性反応と診断。	傷病又は負傷の療養をするために休んだ期間	平成 31年 1月 17日まで 7 日間
(ア) 第三者の行為によるものですか	はい(いいえ)	労災保険から休業補償給付を受けていますか	はい(いいえ) 申請中
(ウ) 障害厚生年金・障害基礎年金・障害手当金を受給していますか。	はい(いいえ)	請求中	
(エ) 資格喪失後に、継続して傷病手当金を申請する場合、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。	はい(いいえ)	請求中	
(オ) 上記(ウ)、(エ)が「はい」又は「請求中」の場合、年金等の種別		・老齢年金 ・障害基礎年金	・障害厚生年金 ・障害手当金
*上記(ウ)、(エ)で「はい」と答えた場合、「年金証書の写し」および「年金額改定通知書の写し」を必ず添付して下さい。			
振込先金融機関	○○○	支店名	○○○○
口座種別	普通	口座番号	4567897
		フリガナ	ケンポ シロウ
		フリガナ	ケンポ シロウ
		氏名	健保 四郎
<p>本手当金の請求をするにあたり、上記の記載事項に相違の無いことを確約するとともに、万が一記載事項に相違のあることが判明した場合には、支給の一部又は全部を停止されることに異議無く同意し、上記の請求をいたします。</p> <p>平成 31年 2月 5日</p> <p>住所 〒140-0005</p> <p>被保険者 東京都品川区東品川5-8-503</p> <p>フリガナ ケンポ シロウ</p> <p>氏名 健保 四郎</p> <p>TEL: 03-5786-1322</p> <p>(不在時連絡先)</p>			

保 険 医 の 意 見	傷病名 <small>※労務不能に起因する傷病が複数ある場合は、その全ての病名を記入して下さい。</small>	インフルエンザ	療養給付の開始年月日	平成 31年 1月 10日
	発病又は負傷の原因	不明	発病又は負傷の年月日	平成 31年 1月 8日
	労務不能と認められた期間	平・令 31年 1月 10日から 7日間	左の期間の診療実日数	2日間
	上記期間中の入院期間	自平・令 年 月 日 ~ 至平・令 年 月 日 日間	転帰	継続・治癒・中止
	傷病の主症状および経過概要	※労務不能期間中における主たる症状及び経過を詳しくご記入下さい		
症状経過からみて従来職種について労務不能と認められた医学的所見	※被保険者、または被保険者であった者が従事していた本来の業務と同等の業務にたえるか否かをもとに、労務不能の医学的所見をご記入下さい			
上記のとおり相違ありません。	令和 年 月 日	任 所 医療機関名 医師名	TEL ()	

事 務 主 の 証 明 欄	労務に服さなかった期間	平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日 日間	
	上記期間中の報酬等支給の有無	有(無) (現在までも又は将来も支給しない)	
	給与の種類 (該当するものを○)	月給(日給月給)・日給・時給	
	給与締切日と支給日	月末日締 → 当月・翌月 20日払	
	上記期間中の通勤費	あり(なし) ・ 6ヵ月定期 H31年 10月 1日 ~ H31年 3月 31日 ・ ヵ月マイカー 年 月 日 ~ 年 月 日	
*上記期間中が含まれる定期券代	なし(定期券を払戻) (払戻日: 年 月 日 払戻金額 円) した(払戻期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 円)		
上記のとおり相違ないことを証明します。	平成 31年 2月 9日	住所 〒140-0002	TEL: 03-5796-5902
		事業主 東京都品川区東品川2-3-11	
		名称 (株)JTB	代表取締役 ○○ ○○

被保険者の住所・電話番号・氏名・押印を必ず記入してください。

被保険者の銀行口座を必ず記入してください。ゆうちょ銀行の場合も支店名(店番号)を必ず記入してください。

「保険医の意見」の労務不能と認められた期間の証明をしてください。

該当に○印を必ず付けてください。

発病又は負傷の原因を必ず記入してください。