

傷病手当金請求書

第 回 目

捻挫・骨折など外傷性の傷病は「第三者による傷病」を添付してください。
 第三者による傷病は「第三者の行為による傷病」を添付してください。

「業務の内容（種別）」は「美容師」「理容師」「事務員」等、具体的に記入してください。
 「被保険者記入欄」は必ず被保険者が記入してください。未記入の項目がある場合、支給できません。

被 保 険 者	被保険者証	記号	番号	事業所名
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生		資格取得日 年 月 日
	被保険者 (請求者) の氏名	フリガナ	名	業務の内容(種別)
	被保険者 の現住所			〒 電話
	(ア) 疾病又は負傷の療養をする ために休んだ期間 (請求期間)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		日間
が 記 入 す と こ ろ	(ア)の期間で 事業所から 報酬を	1 受けた	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	の分として 円
		2 受けられない		「 月 日支払・予定」
入 る	発病・ 負傷の 原因・ 療養状 況	傷病名	左記の傷病は第三 者によるものですか	はい ・ いいえ
		いつ	平成 年 月 日頃	どこで
		発病・負傷の 原因について	休んだ期間の病状やどのように過ごしたのかを具体的に(通院・治療状況等)	
こ ろ	障害年金の受給 状況について	障害年金 障害手当 金を	受けている・請求中* 受けていない	受給原因と なった傷病名 円
	退職後の 報酬について	(ア)の期間に報酬(給与等) がありましたか	無・有	月 日から 報酬額 月 日まで 円
こ ろ	公的年金の 受給状況について	老齢・退職 による公的 年金を	受けている・請求中* 受けていない	年金制度 名称 円

* 障害年金・公的年金を受給中の方は別途添付書類が必要となります。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日
	被保険者 (請求者)の 氏名 代理人の 住所 氏名

受領委任する場合、「支払金融機関欄」は代理人の口座を記入し、それ以外は被保険者名義の口座を記入して下さい。

支 払 金 融 機 関 欄	金融機関コード	支店コード	本店 支店
	口座番号	普通・当座	
	口座名義 (カタカナ)		

受付日付印

