

傷病手当金請求書 (第 回目)

提出日 令和元年6月15日

記入例				
被保険者証の記号番号	記号	10	被保険者の氏名	健保 太郎 (印)
	番号	8845	生年月日	昭和 平成 45年7月22日
被保険者の現住所	〒 371 - 0837		電話	027-252-1870
	群馬県前橋市箱田町1571番地			
事業所名	東和銀行		所属部室店名	本店営業部
発病又は負傷の年月日	平成 令和 元年 5月 5日	傷病名	左大腿骨骨折	
発病又は負傷の原因	*具体的に記入してください。(病気等で不明な場合は「不詳」と記入)			
	休日、サイクリングをしていた際に、誤って道路側溝に転落し負傷			
傷病が第三者の行為、交通事故等によるものですか?				はい・いいえ
請求期間における療養状況	(請求期間における療養の状況について具体的に記入して下さい)			
	緊急入院し手術を行い、現在リハビリ中。 6月末日まで入院予定。			
療養のため休んだ期間(請求期間)	令和元年5月5日～令和元年5月31日まで 27日間			
公的年金(退職・老齢・障害等)を受給していますか?	はい	年金の種類(障害年金の受給要因となった傷病名())		
	いいえ			
(受診した病院名)	医療法人 ○○会 健保整形外科医院			
※送金先は健康保険組合に届出されている口座とします				
送金先金融機関名(被保険者口座)	東和銀行	本店	口座番号	1234567
		支店	フリガナ	ケンボ タロウ
			口座名義	健保 太郎

東和銀行健康保険組合

健保受付印

出勤状況	ア.休業期間に対する賃金の計算期間の出勤状況を出勤簿で確認して下さい。 イ.欠勤日は「×」、出勤日は「○」、有給休暇は「△」と該当日に表示して下さい。 (公休日は赤○で表示)																														
	令和元年5月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
賃金の支給状況	賃金の種別	正常勤務時の報酬		月日～月日	月日～月日	月日～月日																									
	月給	200,000円		0円																											
	時給			円	円	円																									
	通勤手当	月額日額	12,000円	31日分	0円	日分 円																									
	家族手当	月額日額	10,000円	日分	10,000円	日分 円																									
	手当	月額日額		円	円	円																									
	手当	月額日額		円	円	円																									
総支給額			円	円	円																										
賃金	締切日	月末		賃金の支給形態	該当するものを○で囲んで下さい。 (月給、日給、時給 (その他))																										
	支給日	当月21日		欠勤控除する場合は計算式を																											
上記のとおり相違ないことを証明します。																															
令和元年6月13日		所在地		前橋市本町二丁目12番6号																											
		事業所名称		株式会社 東和銀行																											
		代表者氏名		人事総務部長 ○○ ○○ (印)																											

※被保険者の資格喪失後の期間についての証明は必要ありません。

傷病名	左大腿骨骨折																																
発病・負傷の年月日	平成 令和 元年 5月 5日	療養の給付開始年月日(初診日)	平成 令和 元年 5月 5日																														
発病・負傷の原因	サイクリングをしていた際に、誤って道路側溝に転落し負傷																																
傷病の主たる症状および経過、治療内容、検査結果、療養指導等	左大腿骨の骨折により、手術を行い現在ギプスにて固定																																
労務不能と認めた期間	令和元年5月5日～令和元年5月31日 27日間																																
診療実日数	元年5月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	27日	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
*診療日を○で囲んでください。																																	
上記期間中に入院した期間がある場合はその期間	令和元年5月5日～令和元年5月31日 27日間																																
令和元年6月14日																																	
上記のとおり相違ありません。																																	
医療機関所在地	群馬県前橋市箱田町00-00																																
医療機関の名称	医療法人 ○○会 健保整形外科医院																																
担当医師の氏名	○○ ○○ (印)																																
電話 027-○○○-○○○○																																	