

記入例

(株)デンソー分

傷病手当金・傷病手当金付加金 請求書 延長傷病手当金付加金

〇〇年 〇月 〇日提出

被保険者証 記号-番号	1 - 123456	フリガナ 氏名	ケンボ タロウ 健保 太郎	職能資格	M3以上 S1以下 とらふみよ	従業員番号	1234567	社内メールNo.	1234
自宅住所	〒 448-〇〇〇〇 刈谷市〇〇町〇丁目〇番地			仕事の内容		設計			
照会等の同意	私は、本手当金の支給に際し、貴保険組合が必要に応じ、担当する保険者等に必要情報を提示すること及び照会すること、前職時のレセプトの開示をすることに同意します。また、この請求書の写しも有効であることに同意します。			氏名		健保 太郎			
傷病名	肺癌		発病・負傷の原因	不明		発病・負傷の原因は第三者の行為(交通事故・ケンカ等)によるものですか?		はい (いいえ)	
休業した期間	令和 〇年 5月 1日から 令和 〇年 5月 31日まで 31日間 (土日祝日を含む日数を暦日で正しく記入)		暦日を確認し、間違えないようにご注意ください。		はい いいえ		はいの場合は、年金証書及び裁定通知書・年金改定通知書の写しを添付して下さい。(障害年金・障害手当金を受給している場合は、障害者手帳の写しも添付して下さい)		

傷病名	肺癌		発病又は負傷の日	令和 〇年 5月 1日		診療開始日	令和 〇年 5月 1日	
労務不能であったと認められた期間	令和 〇年 5月 1日から 令和 〇年 5月 31日まで 31日間		左記のうち診療実日数	20日		左記のうち入院期間	令和 〇年 5月 13日から 令和 〇年 5月 31日まで	
傷病の主症状及び経過概要	会社健診にて発覚。5月1日当院初診。5月13日に入院、手術を施行。細胞診にて上記と診断。化学療法実施中。		医師の証明に記入もれ・間違い、押印・訂正印もれ、期間の計算間違い等がないか、受取った時にその場で必ず確認して下さい。療養担当者のご意見記入欄の訂正は必ず医師の訂正印が必要です。	負傷の原因	不明		所在地	刈谷市〇〇町〇丁目〇番地 〇〇〇〇総合病院 〇〇 〇〇
証明日	令和 〇年 6月 1日							

休職発令日(令和 〇年 5月 18日)、全て病欠(5月 4日～ 5月 16日)	現在の状況	1. 休業中 2. 復職(月 日付) 3. 退職(月 日付) (理由:)	
書記殿 休職発令日とは、休み始めた日ではなく、会社から休職が発令された日です。	備考欄	書記殿 休職発令されている場合や全て病欠の場合はこちらを記入すればカレンダーのマーク記入は不要です。	
無給公休 ▼ 早退日 △ 有休・やすらぎ休暇 △ 午前有休(やす休) ◇ 午後有休(やす休) ◆ 事故欠勤 ☆	書記所属	〇〇〇部〇〇課	
	メール	1230	
	TEL	551 - 〇〇〇〇	
	書記データ印	山 19.6.7 田	

業務に服さなかった期間と日数	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)	
上記期間の報酬	月 額	給与形態 1. 月給 2. 日給 月給 3. 他()
月分 手当	円	記入の通り相違ないことを証明する。 事業主 住所 名称 氏名
月分 手当	円	
月分 手当	円	
手 当 額 合 計	円	

健康保険組合記入欄	資格取得日	S HR 年 月 日	支給期間	月 日から	手当日額	円 ÷ 30日	室 長	検 討	
	資格喪失日	H R 年 月 日		月 日まで	=	円			
	傷手給付開始日	H R 年 月 日		日間	日間	手当日額	円 × 日	担 当	受 付
	傷手給付満了日	H R 年 月 日				=	円		
	延手給付開始日	H R 年 月 日		回数	回数	手当日額	円 × 月	月 給 者	104条
	前回支給	H R 年 月 日				=	円		
備考欄	回数		回数	日間	減額合計	円			