（その１）

大王製紙健康保険組合　殿

提出日　令和　　年　　月　　日

課　長	担　当

傷病手当金支給決定額

＿＿＿＿＿＿＿＿円

傷病手当金請求書（第　　回目）

記号	番　号	事　業　所　名	被保険者氏名	標準報酬月額
				千円

資格取得日	部　　署	自分が担当している業務内容
昭和・平成 令和　　年　　月　　日		

発病又は負傷年月日	平成 令和　　年　　月　　日	傷病名	
発病又は負傷の原因を詳しく (例：いつどこで) **※記入必須**			
療養のため休んだ期間	平成 令和　　年　　月　　日 ～ 平成 令和　　年　　月　　日　　日間		
入院した期間	平成 令和　　年　　月　　日 ～ 平成 令和　　年　　月　　日　　日間		
上記期間中に報酬の全部又は一部を受けたときは、その期間と報酬額	自 平成 令和　　年　　月　　日 至 平成 令和　　年　　月　　日　　日間　　円		

＊1 年金の種別	障害年金 障害手当金 老齢厚生年金	年金額	円	障害年金・手当金の支給事由となった傷病名	
年金を受けることとなった年　月　日	昭和・平成 令和　　年　　月　　日	年金を受けている場合は年金証書の記号番号			

上記により請求いたします。　〒

被保険者　住所

電話（　　）　　－

氏名　　印

（委任の場合）　　を代理人として上記金額の受取方を委任します。

振込先金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
ふりがな 銀行 金庫 農協	ふりがな 支店	1. 普通 2. 当座		ふりがな

（記入時の注意事項）

＊1 障害年金、老齢厚生年金等の受給がある場合には、支給を証明する書類を添付してください。

＊2 この請求書は月ごとに１枚記入してください。（例：4～6月申請⇒申請書各月ごとに１枚、計３枚）

※同一月内において病気が変わったり、医師が変わった場合は別々に、この請求書を作成し１ヵ月分を取り揃えて、翌月の初旬に事業主まで提出してください。

※この請求書以外に「療養担当医の意見」、「事業主による労務不能・賃金支給状況証明書」があり、これら書類等の添付なき場合は傷病手当金が指定日に支給できない場合があります。

大王製紙健康保険組合