

傷病手当金支給決定額 _____円 (健保組合使用欄)

傷病手当金請求書 (第 _____ 回)

記号 - 番号	事業所の名称	部署	業務内容	
— ※1				
氏名	生年月日	住所	電話連絡	
	昭・平 年 月 日 (歳)	〒 _____ _____		
傷病名			発病又は負傷年月日	
			昭・平・令 年 月 日	
発病又は負傷の原因 (詳細) ※記入必須				
療養のため休んだ期間 (請求期間)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
他健保組合からの 傷病手当金受給状況	<input type="checkbox"/> 受給履歴有 ⇒ 以下記入 <input type="checkbox"/> 受給履歴なし			
	傷病名:	健保組合名:		
年金受給の有無 ※2	<input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 申請中 (_____ 年金 ・ 障害手当金)			
	年金受給開始日	年金額(年額)	障害厚生年金・手当金の支給事由となった傷病名	
昭和・平成・令和 年 月 日	円			
(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	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

- ※1. 記号と番号が不明な場合は国のマイナポータルより確認してください。
- 2. 障害厚生年金、老齢年金等の受給がある場合には、支給を証明する書類の写し(通知書・証明書等)を添付ください。尚、在籍中に老齢年金の受給をされている方は提出は不要です。
- 3. 傷病手当金請求書は月毎に記入が必要です。
- 4. 資格喪失後、初回の申請時は療養状況等調査票兼同意書を合わせてご提出ください。