

# 傷病手当金 傷病手当付加金 請求書 延長傷病手当付加金

三菱製鋼健康保険組合理事長 殿

下記のとおり請求致します。

《第 回目》

【被保険者記入】			提出年月日	令和 年 月 日
記号	番号		事業所	
氏名		印	生年月日	昭和 平成 年 月 日生
住所	〒		障害厚生年金を受給していますか	いいえ ・ 請求中 ・ はい
請求期間 <small>(労務に服することができない期間)</small>	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間			
支払方法及び委任状	本請求に基づく給付は「給与」払いとします。 三菱製鋼健康保険組合から私に支給される給付金の受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 印			

【医師記入】 ※読みやすく楷書で記入願います。また、訂正したところは訂正印を押して下さい。

傷病名		発病または負傷の原因	
初診年月日	平成・令和 年 月 日	発病または負傷の年月日	平成 令和 年 月 日
労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	左の期間中の通院日数	日
入院期間	上記期間のうち 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	入院した期日	令和 年 月 日
業務上の別 業務外	業務上 ・ 業務外	転 帰	全治 ・ 継続 ・ 中止 ・ 転医
〈傷病の主症状および経過の概要、労務不能と判断した理由〉			
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日			
住 所 医療機関名 医 師 氏 名 印 電 話			

【事業主証明欄】 ※請求時には毎回、上記期間中の勤怠簿(写)及び賃金台帳(写)を必ず添付して下さい。

労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
上記期間中に於いて報酬を支給した期間およびその額	有 給 休 暇 月 日から 月 日まで 日間
	その他の報酬を支給した期間とその額 月 日から 月 日まで 日間 ¥ _____ 円
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日	
住 所 事業主 名称 印 氏 名	

※ 退職等で銀行振込を希望する方は次の欄に記入願います。

金融機関	種 目	口座番号	被保険者名義
銀行	支店 普通 ・ 当座		