

支給額	円
-----	---

支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間
------	--------------------------

常務理事	担当
資格取得	年 月 日
資格喪失	年 月 日
支払年月日	年 月 日

(第 回目)

傷病手当金請求書

極東開発健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

住所
被保険者
氏名

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等の 記号と番号	記号	番号	事業所 の名称		
	傷病名	発病または 負傷の年月日		年 月 日		
	発病または負傷の 原因を詳しく					
	具体的な業務内容					
	発病または負傷の 療養をするため 休んだ期間	年 月 日 から	年 月 日	まで	日間	
	うえに書いた期間のうち に報酬を受けましたか、 または、受けられますか	受けた. 受けない. 受けられる. 受けられない.				
	報酬支払を受けたとき、 または、受けられるとき は、その報酬の額とその 報酬額支払いの基礎と なった期間	年 月 日 から	年 月 日	まで	の分として	円
	障害厚生年金または障害手当 金を受給していますか	障害厚生年金または障害手当金の受給の 原因となった傷病名		基礎年金番号		
	いいえ・請求中・はい					
	老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか			いいえ・請求中・はい		
	年金コードまたは記号番号もしくは番号			年金額		
				円		
				円		
				円		
		年金の合計額		円		
傷病手当金の受取 りを第三者に委任 する場合に記入す るところ	表記請求金額の受領を (氏 名) (事業所名または住所) に委任します。 令和 年 月 日 (被保険者氏名)					
振込 口座	銀行 金庫	支店	普通・当座()			
	フリガナ 振込口座名義					

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	年 月 日 から	年 月 日	まで	日間
	うえの期間のうち一部支払をした 場合、または一部支払をする場合	年 月 日 から	年 月 日	まで	の分 金 円 (日額金 円)
	うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業主 住所 氏名 及び印				

療養を担当した医師または 歯科医師が書くところ	傷病名																																
	発病または負傷の原因																																
	発病または負傷の年月日	年 月 日	療養の給付を開始 した日	年 月 日																													
	労務不能と認めた期間	年 月 日 から	年 月 日	まで	日間	左の期間中の 診察実日数	日間																										
	上記の期間中における「主 たる症状および経過」「治療 内容、検査結果、療養指 導」等(詳しく)																																
	症状経過からみて従来の 職種について労務不能と認 められた医学的な所見																																
	診療日を○で囲んでください	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	31
		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	31
		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	31
	うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医師または歯科医師 住所 氏名 及び印																																