

傷病手当金請求書（第 回目）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の 記号・番号	記号： 番号：	被保険者の 業務種別		
	事業所名称		事業所所在地		
	資格を取得した 年 月 日	年 月 日	標準報酬月額	千円	
	傷 病 名	<small>※骨折など外傷性の場合は別に負傷原因届が必要となります</small>		発病又は 負傷の年月日	年 月 日
	発病又は 負傷の原因			<small>第三者行為や自損事故、仕事中や 通勤途中によるものですか</small> <div style="text-align: center;">はい ・ いいえ</div>	
	労務に服することが できなかった期間	年 月 日から		日間	
		年 月 日まで			
	障害年金、障害手当金を 受けているとき、又は受 けることができるとき	受給している ・ 受給することができる（申請中） ・ 受給していない ----- ※受給している場合は年金額がわかる書類を添付してください。			
	老齢又は退職を事由とす る公的年金を受給してま すか	受給している ・ 受給することができる（申請中） ・ 受給していない ----- ※受給している場合は年金額がわかる書類を添付してください。			
	振込先口座 (被保険者)	金庫 銀行 組合	支店	普通 当座	口座番号 名 義
<small>※マイナンバーに登録のある口座へ振込希望の場合はチェック→ <input type="checkbox"/></small>					
委 任 状	私は、_____を代理人と定め、次の権限を委任する。 令和_____年_____月_____日に請求した傷病手当金の受領に関すること。 被保険者(請求者)の住所 _____ 被保険者(請求者)の氏名 _____ 代理人(事業所)の住所 _____ 代理人(事業所)の氏名 _____				
上記のとおり請求します。 <div style="float: right; text-align: right;">令和 年 月 日</div>					
住 所 被保険者の 氏 名 電話番号					
神奈川県管工事業健康保険組合理事長 殿					

※お振込みは原則、被保険者の口座になります。事業主宛をご希望の場合は委任状欄に記入してください。

社会保険労務士の提出代行印

※賃金台帳・出勤簿(タイムカード)を添付してください。

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
	上記の期間中の分として支払う報酬関係	全額支給あり ・ 一部支給あり ・ 報酬の支給なし	
	給与の締めと支払日	日締め	日払い
	賃金計算方法 (欠勤控除計算方法等)		
	上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日	
	住所 事業主 氏名 電話番号		

療養を担当した医師が意見を書くところ	傷病名		発病又は負傷の原因	
	発病又は負傷の年月日	年 月 日	療養の給付を開始した年月日	年 月 日
	労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	診療実日数 日間
	傷病の主症状および経過概要			
	上記のとおり相違ありません。	令和 年 月 日		
	住所 医療機関名 医師 氏名 電話番号			