

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 (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																																