

(被保険者の注意事項)

- ①欄は、「いつ、どこで、なにを、どうして、どこが、どうした」というように詳しく記載して下さい。
- ②欄は、療養のため休んだ期間中に入院した期間があるときに記入。
- ③欄は、現在までのことを「受けた」「受けない」に、将来のことを「受けられる」「受けられない」にわけて、○で囲んで下さい。

- 給付金の受領を代理人(家族、事業主等)に委任するときは、委任状に署名捺印して下さい。
- 訂正箇所には、被保険者氏名印の箇所と同じ印を押印して下さい。
- 印鑑はシャチハタ印は不可。

A3横で出力してください。

支給額	百万	千	円	日常務理事	事務長	事務次長	担当者	被扶養者 台帳照合印
支給期間	年	月	日	資格	年	月	日	前始
日額	×	$\frac{2}{3}$	=	円	入院	年	月	日
日額	×	$\frac{2}{15}$	=	円	標準報酬月額	,000円		
支給開始	平成	年	月	日	備考			

傷病手当金・傷病手当付加金請求書 (第 回目) **スタンプ印不可**

被保険者証の記号と番号	記号 - 番号	被保険者の氏名と印	(フリガナ) キョウドウ タロウ	生年月日	S H	年	月	日						
被保険者の現住所	県 市 町			電話 ()	-									
事業所の名称	株式会社		職場名	部 × × 課										
発病または負傷の年月日	平成	年	4	月	4	日	傷病名	右足首骨折						
①発病の状態または負傷の原因を詳しく	4月4日午後9時頃、自宅の階段より足を踏み外し右足首を捻った。翌日、痛みと腫れが引かないので、整形外科を受診。レントゲン検査の結果「右足首骨折」と診断され、入院加療のため休業した。													
療養のため休んだ期間	平成	年	4	月	5	日から	平成	年	4	月	30	日まで	26	日間
②入院期間があるとき	病院名	整形外科	病院の所在地	× × 県 × × 市 × × 町										
入院した期間	平成	年	4	月	5	日から	平成	年	4	月	30	日まで	26	日間
③休んだ期間の賃金	休んだ期間の賃金(報酬)を受けましたか?	受けた	受けない	又は、受けられますか?	受けられる	受けられない								
④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	年金の種類	障害年金・障害手当金	①年金額	②年金の支給事由となった傷病名										
⑤任意継続被保険者の資格喪失	①年齢(退職)の名称	②基礎年金番号及び年金コード又は記号番号若しくは番号	③受給年月日	④年金額										
⑦年金の合計額	円													

共同印刷(株)の被保険者は給与に合算支給のため、必ず記入してください。

共同印刷(株)の被保険者以外の方は、記入してください。

事業主が記入・証明

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	平成 年 4 月 5 日から 平成 年 4 月 30 日まで	26 日間
⑥	⑦全額支給した場合、又は支給する場合	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	金 円 (日額 円) (月 日支払)
⑧	①一部支給した場合、又は支給する場合	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	金 円 (日額 円) (月 日支払)
⑨	②現在までも、又、将来も支給しない場合は、その旨	現在も将来も支給しません。	
上記のとおり相違ないことを証明します。			
事業主住所氏名	県 市 町 株式会社		
電話局番	() () 番		

- ①の「全額支給」「一部支給」とは、一日当りの賃金の全額又は、一部の意味であること。
- ⑥欄は、「現在までも、将来も支給しない」と記載して下さい。
- 資格喪失後の期間にかかる請求の場合は、証明を要しません。
- 訂正箇所には、事業主氏名印の箇所と同じ印を押印して下さい。

傷病名	右足首骨折																
発病又は負傷の年月日	年	4	月	4	日												
療養の給付を開始した年月日	年	4	月	4	日												
発病又は負傷の原因	自宅の階段を踏み外し、転倒して右足首を骨折した。																
労務不能と認められた期間	平成	年	4	月	5	日から	平成	年	4	月	30	日まで	26	日間	左の期間中の診療実日数	26	日間
傷病の主症状および経過概要	受診後ギプスで固定し、1週間ほど安静状態での療養であったが、4月21日にギプスを切開して理学療法を開始した。体重負荷歩行として、現在も理学療法を続けている。																
人工透析を実施又は人工臓器を装着した日	平成 年 月 日																
人工臓器等の種類	ア.人工肛門	イ.人工膀胱	ウ.人工関節	エ.人工骨頭	オ.心臓ペースメーカー												
うえの期間中に入院した期間がある場合はその期間	平成	年	4	月	5	日から	平成	年	4	月	30	日まで	26	日間	入院の費用の別	健保・公費 自費・その他	
上記のとおり相違ありません。	平成 年 4 月 30 日																
医療機関名称	整形外科																
医療機関所在地	× × 県 × × 市 × × 町																
医師氏名	担当医に証明をもらってください。																
電話局番	() () 番																