

前回支給	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日
法定満了日	平成 年 月 日								
月額	千円	日額	円	2/3	円	85%	円		
第 回目	支給額								

支給決定伺		
平成 年 月 日		
常務理事	事務長	担当者

法定	自	支給期間	
		年 月 日	支給額
付加	至	支給期間	
		年 月 日	支給額
※資格喪失後の請求の場合：資格喪失年月日 平成 年 月 日 (付加給付対象外)			

あなたの事業所の番号です **あなた個人の番号です**

傷病手当金・傷病手当付加金請求書

* 被保険者は太枠の中を記入して下さい



被保険者証の記号番号	記号	1	番号	1 2 3 4 5	被保険者氏名	健 保 太 郎				
資格取得年月日	昭和	平成	1 2	年	4	月	1	日	被保険者の業務の種別	一 般 事 務

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間： 年 月 日 ～ 年 月 日まで 日間	
	給与計算〆日に合わせ、 (支払の有無に係わらず) 本人請求期間中の報酬を ご記入ください。	年 月 日～年 月 日 日間 円
		年 月 日～年 月 日 日間 円
		年 月 日～年 月 日 日間 円
		年 月 日～年 月 日 日間 円
	欠勤控除をする場合は、 算出方法をご記入ください	(算出方法)
	交通費(通勤手当)支給『有』の場合の支給方法(該当に〇印) ※4に該当の場合：当初の定額(定期) 事業主が 、及び後日精算月の給与明細の写しも添付	1. 出勤日数に応じて支給 1日@ 円 × 日 = 円 (欠勤の有無を問わず定額) 円
		2. 毎月(1ヵ月分)定額 但し欠勤控除有り 定額 円 - 休業期間・休業中の給与等について 月 日の ヵ月分として =支給額 円
	有・無	3. 毎月(1ヵ月分)を定額支給 4. 複数月を定額(定期代等)で支給 後日精算： 無・有(有の場合↓) ～ 分として 円精算
	給与等の 締めの 日	当月給与支給日 (毎月証明する欄です。賃金の種類(該当種類に〇と金額を記入))
本給	：当月・前月 日締め→当月支払 ・月給/固定給 (円)	
その他手当	：当月・前月 日締め→当月支払 ・日給 (円)	
控除等	：当月・前月 日締め→当月支払 ・時給 (円)	
上記の通り、相違無いことを証明いたします。		
平成 年 月 日		
住所 事業主 氏名 印		
特記事項		

- * 請求期間にかかわる出勤簿及び賃金台帳を添付して下さい。
- * 傷病手当金は給与に代わるものです。できるだけ1ヶ月を単位として請求して下さい。
- * 障害(老齢)年金受給者は、毎回受給額のわかる「振込通知書」「年金証書」の写しを添付して下さい。

療養を担当した医師の意見書 (全項目をご記入ください)	受診者の氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日生	
	傷病名		発病または負傷の原因		
	発病又は負傷の年月日	昭和・平成 年 月 日	療養の給付を 開始した日	昭和・平成 年 月 日	
	労務不能と認められた期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	労務不能と認められた期間中の診療実日数		
	上記期間中の入院期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	日間		
	労務不能と認められた期間中の「傷病名・労務不能と認められた期間等について」等 (詳しく)				転帰 治癒 中止 継続 転院
	証明する欄です。				
	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				
上記の通り相違ありません 平成 年 月 日					
所在地 医療機関の名称 担当した医師の氏名 TEL () 印					

* 被保険者は太枠の中を記入して下さい。

傷病名	(医師の証明を基に記入)	発病または負傷日	年 月 日
		発病または負傷原因	
請求期間 (療養のため休んだ期間)	平成24年 1月29日 ~ 平成24年 2月29日 32日間		
上記期間中に報酬を受けた場合は、その期間と額	平成24年 2月1日から の分として 平成24年 2月29日まで		325,800 円
① 障害年金・障害手当金を受給していますか	いいえ・はい・請求中		
障害年金・障害手当金の支給事由となった傷病名			
② 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・はい・請求中		
③ 労災保険から休業補償給付を受けている間の請求ですか	いいえ・はい・請求中		
上記①・②・③で『はい』・『請求中』の場合	受給開始(予定)日	昭和・平成 年 月 日から	
	年金(予定)額	円	
負傷による休業の場合、第三者の行為による負傷ですか	いいえ・はい		
上記の通り請求します。 平成24年 3月 1日			
富士フィルムグループ健康保険組合 常務理事殿			
		被保険者住所 又は請求者氏名	神奈川県南足柄市狩野681 健保太郎 
委任状	事業主を代理人として、健康保険組合より支給される傷病手当金及び付加金の受取り方の件を委任いたします。 被保険者氏名 健保太郎 		

* 障害(老齢)年金受給者は、毎回受給額のわかる「振込通知書」「年金証書」の写しを添付して下さい。

* 請求権は、事実のあった日の翌日から起算して2年で時効となります。