傷病手当金・傷病手当付加金請求書（第　　　回目）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　　　保　　　険　　　者　　　が　　　記　　　入　　　す　　　る　　　と　　　こ　　　ろ | 被保険者証の | 記　号 |  | 業務の種類 |  | 標準報酬月額 | ,000円* 記入事項の訂正には必ず記載者の訂正印が必要です。
 |
| 番　号 |  |
| 事業所の | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 老人保険法の医療を受けたとき | 市町村番号 |  | 受給者番号 |  | 発行機関名 |  |
| 傷病名 |  | 発病又は負傷の年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 発病又は負傷の原因 |  |
| 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 |
| 上記期間の報酬の全部又は一部を受けたとき、又は受けることができるときは、その報酬額及び期間 | 年　　　月　　　日から | 日間 |
| 年　　　月　　　日まで |
| 受けた報酬額 | 円 |
| 受けることができる報酬額 | 円 |
| 老齢退職年金、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 | 年金の種別 | 老齢退職年金・障害年金・障害手当金 | 年金額 |  | 年金の支給事由となった傷病名 |  |
| 年金を受けることとなった年月日 | 年　　月　　日 | 障害年金を受けている場合は障害年金証書の記号番号 |  |
| 振込希望の銀行 | 銀　行　名 | 支　店　名 | 請求者名義普通預金口座番号 |
|  |  |  |
| 年　　　月　　　日上記のとおり請求します。 |
|
|
| 被保険者の | 〒住　所フリガナ氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　自署の場合は押印を省略できます。　　（生年月日　　　　年　　月　　日） |
|  | イノアック健康保険組合理事長　殿 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

被保険者のマイナンバー記載欄（被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | 日間 |
| 年　　　月　　　日まで |
| 就労状況（欠勤･････×　出勤･････○　有給･････△　公休･････公　　と該当に表示） |
| 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 |
| 上記の期間中の分として支払う報酬関係 | 全額支給した場合又は支給する場合 | 年 　　月　 　日 か ら | の分として | 金円 | （日額　　　　　　） |
| 年　 　月　 　日 ま で | （　　月　　日支払） | （金　　　　　　円） |
| 一部支給した場合又は支給する場合 | 年　 　月 　　日 か ら | の分として | 金円 | （日額　　　　　　） |
| 年　　 月　 　日 ま で | （　　月　　日支払） | （金　　　　　　円） |
| 年　　　月　　　日 |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 |
|   |
|  | 事業所所在地 |
|  | 事業所名称 |
|  | 事業主名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  |
| 電話　　　　　　（　　　　　）　　　　　　番 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を か 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 |
| 労務不能と認めた期間 | 年　　　 月　　　 日　から | 日間 | 診療実日数 | 日間 |
| 年　 　　月　　　 日　まで |
| 上記診療実日数が0日の場合、直近に診療した年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 診療実日数０日で労務不能と認められた理由 |  |
| 「主たる症状及び経過」「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　※ 回復具合・目途等もご記入下さい。 |
| 年　　　月　　　日 |
| 上記のとおり相違ありません。 |
|  |  |
|  | 医療機関の所在地 |
|  | 医療機関の名称 |
|  | 医師の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  |  |
|  | 電話　　　　　　（　　　　　）　　　　　　番 |