

傷病手当金請求書（第 1 回目）

受付印

ネスレ健康保険組合 御中
(人事総務本部 HRSSC Payroll経由でご提出ください)

記入例

※裏面の注意事項などをよく読んで、記入もれのないようにしてください。また、□には忘れず✓を入れてください。

私は、本手当金の支給に際し、貴健康保険組合が必要に応じ、担当医、事業主、年金事務所またはほかの関係する保険者などに、必要な情報を提示することおよび照会することに同意のうえ、申請いたします。また、この請求書の写しも有効であることに同意します。																	
被保険者 氏名		(自署) 山田 太郎		被保険者証 記号		1000		番号		1234		従業員番号		12345678			
生年月日		昭和・平成 3 年 11 月 14 日		電話番号		(078) 230 - 7040		住居 区分		✓持家 □借上 □自己賃貸 □その他							
被保険者 現住所		〒 651-0087 兵庫県神戸市中央区御幸通7丁目1番15号															
事業所 名称		ネスレ日本株式会社				部課または 支店名		人事総務本部 ※工場勤務の方は工場名を記入									
休業期間(請求期間)		平成 30 年 8 月 1 日から平成 30 年 8 月 31 日まで 31 日間										請求日		平成 30 年 9 月 5 日			
発症・負傷 の日		平成 30 年 8 月 1 日				傷病名		右大腿部骨折									
発症・負傷 の原因		自宅の2階より転落し骨折				原因 区分		✓私傷病 □業務上 □通勤途上 □第三者行為(交通事故など)									
療養の 状況 ※具体的に 記入して ください。		手術後、現在はギプスによる固定を行い、9月初旬よりリハビリの予定 なお来年3月に再度の金具摘出手術の予定あり															
公的年金 受給状況		障害年金 □有 □無 □請求中 老齢年金 □有 □無 □請求中 (退職された方のみ記入)				→「有」の場合は、「年金決定通知書」「年金額改定通知書」の写しを添付してください											
※被保険者の方が退職された場合(任意継続以外)や死亡された場合は、請求者の氏名や振込先などを下記に記入してください。																	
請求者氏名		(印)		続柄		電話番号		()		-							
金融機関コード		支店コード		口座種別		□普通 □当座		口座番号									
振込先		□銀行		□支店		フリガナ				名義							
振込先		□()		□()													
傷病名		発症・負傷の 原因		発症・負傷日		平成 年 月 日		診療開始日		平成 年 月 日							
労務不能と 認めた期間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間		左記の期間中の 診療実日数		日		左記のうち 入院した期間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間							
傷病の主症状 および経過概要												転記 □治癒 □繰越 □中止 □転医					
上記のとおり相違ないことを証明します。		平成 年 月 日		医療機関の住所 医療機関名 医師の氏名		(印)		電話番号 ()		-							
休業した期間		欠勤日は「×」、出勤日は「○」、有給休暇は「△」、公休日は「公」と該当日に表示してください。															
年 月 日		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 日		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															
(日間)		月															
上記期間のうち労務に服さなかった期間		平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 日間															
上記期間のうち会社見舞金支給期間		平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 日間															
上記期間のうち積年・有給休暇取得期間		平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 日間															
上記期間のうち報酬の全部または一部を支給したとき または支給するときは、その期間および支給金額		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日分										現物給与と担当者確認		□			
上記のとおり相違ないことを証明します。		平成 年 月 日		事業主所在地 事業主名称 事業主代表者氏名		(印)		支給 金額		円							
標準 報酬月額		円		法廷日額		円		調整日額		円		支給決定 日額		円			
支給期間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日分		支給決定 金額		円		常務 理事		(印)		給付 担当		(印)			
備考																	