

# 傷病手当金請求書

サンゲツ健康保険組合

(第 回目)

被 保 者 が 記 入 す 欄	被保険者証の記号番号	—	被保険者氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日	
	被保険者の住所	〒 — Tel ( ) —			事業所の名称	株式会社サンゲツ	
	傷病名				発病または負傷年月日	令和 年 月 日	
	療養のため休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間			発病または負傷の原因		
	業務上、通勤途中に発病・負傷したものですか？				はい・いいえ	「はい」の場合で健保組合へ未届出の方は、詳細をお知らせください。	
	第三者行為(交通事故・けんか等)による負傷ですか？				はい・いいえ		
	障害年金・老齢年金を受給又は請求中ですか？				はい・いいえ	「はい」の方は、内容通知等を添付	
支払先金融機関	銀行 信用金庫 農協		口座番号				
	本店 支店 出張所		名義人氏名				
サンゲツ健康保険組合 理事長殿 健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定に必要な関係機関に対する内容照会を行う事に同意し、上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 被保険者(請求者)氏名 _____ ㊟							

事業主の証明	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	左のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日  愛知県名古屋市区幅下一丁目4-1 株式会社サンゲツ 代表取締役 安田 正介 ㊟
	上の期間中の報酬支給	月 日から 月 日まで 金、 円支給	
		月 日から 月 日まで 金、 円支給	

医 師 の 証 明	傷病名		発病または負傷年月日	令和 年 月 日	
	発病又は負傷の原因		療養開始年月日	令和 年 月 日	
	労務不能であったと認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	診療実日数	日間	
			入院期間	月 日から 月 日	
	症状の主症状及び経過概要(詳しく記入してください)				
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 _____ ㊟ 電話 ( ) —					

常務理事	事務長	副事務長	係	係	受付印