

三菱重工健康保険組合理事長 殿

平成27年 4月 5日

傷病手当金 請求書 (年 月分)

それぞれ記名・捺印願います	被 保 険 者	会社 事業所名	〇〇〇〇株式会社		記号	1	番号	999999	
	保 険 者	被保険者 氏名	→ 三菱 太郎	生年月日	S32年 5月 1日 (満 57歳)		業務の 種類	事務職	
		住所	〒 999-9999 東京都世田谷区駒沢9-9-9		電話番号	11-1111-1111		出産予定のある方は出産予定日 年 月 日	
	入 欄	休業期間	自 27年 3月 1日 至 27年 3月 31日						
		請求金額の受領を事業主に委任します。	氏名		→ 三菱 太郎				
		障害年金・障害手当金の受給	【 無・手続中・有 (対象の傷病名: 慢性腎不全) 】						
退職者の方のみご記入ください									
老齢年金の受給		【 無・手続中・有 】		雇用(失業)保険受給		【 無・延長 】 ※受給される場合は、傷病手当金は請求できません			

※初めての傷病について請求する際は、必ず「傷病手当金請求に伴う状況報告書」「同意書」を併せてご提出ください。
 ※上記年金を受給している場合は、「年金決定(支払)通知書」または「年金額改定通知書」の写しを併せてご提出ください。

医師 意 見 記 入 欄	傷病名	(労務不能の対象となる全ての傷病名を記入願います)				発病又は 負傷年月日	年 月 日	
	発病又は 負傷の原因						発病又は 負傷の原因	
	労務不能と 認められた期間 (うち入院期間)	自 年 月 日 至 年 月 日 (年 月 日 ~ 年 月 日)	左の期間 中の診療 実日数	日	就労見込 について	・ 月 日頃から 就労可能の見込み ・ 現時点では不明		
	傷病の主状態 および経過概要							
上記のとおり相違ありません							年 月 日	
住所(所在地)							<お願い>	
医師 医療機関名							・ 証明日以前の期間を証明願います	
氏 名							・ 訂正箇所には訂正印を押印願います	
電 話 番 号							・ 住所名称はゴム印を使用願います	

漏れなく証明して頂いてください

出産予定のある方のみご記入下さい

退職者の方のみご記入下さい

出勤は「出」、有給休暇は「有」、休日は「休」、半休は「半」、欠勤は「欠」でそれぞれ記入してください。
 ただし、連続した期間は→を使用して表示してください。

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	
月																																

上記期間中に欠勤した日数 日

欠勤期間中に報酬の全部又は一部を支給した時は、その金額* 円/月

事業主証明印

※ 出勤・有休以外で支払われる手当等がある場合に、1ヶ月あたりの金額を記入

組 合 計 記 入 欄	月額	千円	日額	円 ①	支給・不支給	不支給の理由		
	支払期間				<算出の基礎>			
	年 月 日 ~ 年 月 日	日間			傷病手当金	① × 2/3 × ② =	円	
	年 月 日 ~ 年 月 日	日間			傷病手当付加金	① × 0.1 × ② =	円	
	年 月 日 ~ 年 月 日	日間			延長傷病手当金	① × 0.7 × ② =	円	
	年 月 日 ~ 年 月 日	日間			合計	① × 0.7 × ② =	円	
	控除額 (小数点以下切捨て)				控除 (報酬)	③ × ② =	円	
	報酬	円 ÷ 30 =			円 ③	控除 (年金)	④ × ② =	円
	年金	円 ÷ 360 =			円 ④	控除 (その他)	▲	円
	当初加入日 (退職者のみ記入)	年 月 日		既支給	年 月 日迄			
任継加入日(または資格喪失日)	年 月 日		区分	新規・継続				
支給開始日	年 月 日		期間満了日	年 月 日				
延長傷手開始日	年 月 日		備考					
				<支給決定額>				
				常務理事	事務長	担当	受付	