

受付印

傷病手当金
傷病手当金付加金
延長傷病手当金付加金

請求書

(第 回)

支給決定	常務理事		担当者	
	傷病手当金	¥	(日)	
	傷病手当金付加金	¥	(日)	
	延長傷病手当金付加金	¥	(日)	
	年 月 日			

被保険者証の記号、番号	—	事業所の名称	
被保険者の業務の種類		傷病名	

発病、負傷の年月日	平・令 年 月 日	発病、負傷の原因		自宅療養 入院療養	の別	自宅 入院
病院等に收容された場合	所在地及び名称	入院期間	自平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日	} 日間		

老齢厚生年金等の受給			障害厚生年金又は障害手当金の受給			失業給付金の受給		
受給	受給開始日	年間受給額	受給	受給開始日	年間受給額	受給	受給期間	
有・無	平・令 年 月 日		有・無	平・令 年 月 日		有・無	自平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日	

労務に服しえなかった期間	自平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日	} 日間	左記の通り相違ないことを証明する。	
同期間中に受けた報酬の額及び期間				
		左記に対する事業主の証明	事業主の住所氏名及び印	㊟

請求額算出基礎	療養の給付開始年月日	平・令 年 月 日	標準報酬月額	千円	標準報酬日額	円	
	支給開始年月日	平・令 年 月 日	支給期間	自平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日	} 日間		
		標準報酬日額㉑	支給率㉒	支給期間㉓	支給金額 ㉑×㉒×㉓	給与支給額又は 障害・老齢年金額	差引支給額
	傷病手当金	円	2/3	日	円	円	円
	傷病手当金付加金	円	85/100 - 傷手額	日	円	円	円
	延長傷病手当金付加金	円	85/100	日	円	円	円
備考	資格喪失後の受給者(任継・特退者も該当)に傷病手当金付加金(延長も)は支給されません。また、事業主の証明は不要です。						

上記により { 傷病手当金
傷病手当金付加金
延長傷病手当金付加金 } を請求致します。

令和 年 月 日 被保険者 住所

住友商事健康保険組合 理事長 殿 氏 名 ㊟

保険医の意見	傷病名		発病、負傷の原因		診療実日数	日間
	発病、傷病の年月日	平・令 年 月 日	労務不能と認められた期間	自平成・令和 年 月 日 至 平成・令和 年 月 日	} 日間	
	療養の給付開始年月日	平・令 年 月 日				
傷病の主症状及び経過の概要			保険医の住所医療機関名氏名捺印	㊟		