

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 | 1 - 123456 | 事業所の名称 | 〇〇〇〇(株) |
| 被保険者の業務の種類  | 営業         | 傷病名    | 脳梗塞     |

|           |               |          |    |              |    |          |
|-----------|---------------|----------|----|--------------|----|----------|
| 発病、負傷の年月日 | 平・令 〇年 11月 1日 | 発病、負傷の原因 | 不明 | 自宅療養<br>入院療養 | の別 | 自宅<br>入院 |
|-----------|---------------|----------|----|--------------|----|----------|

|             |         |                         |      |                                   |        |
|-------------|---------|-------------------------|------|-----------------------------------|--------|
| 病院等に収容された場合 | 所在地及び名称 | 東京都中央区晴海5-6-7<br>晴海中央病院 | 入院期間 | 自平・令 〇年 11月 1日<br>至平・令 〇年 11月 30日 | } 30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 〇年 5月 1日 | 1,200,000円 | 有 無      | 自平・令 年 月 日<br>至平・令 年 月 日 |  |

|                  |                                   |        |                   |                     |                           |
|------------------|-----------------------------------|--------|-------------------|---------------------|---------------------------|
| 労務に服しえなかった期間     | 自平・令 〇年 11月 1日<br>至平・令 〇年 11月 30日 | } 30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 | 〇〇,〇〇〇円                           |        | 左記に対する<br>事業主の証明  | 事業主の<br>住所氏名<br>及び印 | 東京都中央区〇〇〇-〇-〇<br>〇〇〇〇株式会社 |

|         |  |                     |                  |                          |               |                     |       |
|---------|--|---------------------|------------------|--------------------------|---------------|---------------------|-------|
| 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<br>至平・令 年 月 日 | } 日間          |                     |       |
|         |  | 標準報酬日額 <sup>①</sup> | 支給率 <sup>②</sup> | 支給期間 <sup>③</sup>        | 支給金額<br>①×②×③ | 給与支給額又は<br>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 〇年 〇月 〇日 被保険者 住所 東京都中央区晴海〇-〇-〇

住友商事健康保険組合 理事長 殿 氏 名 住友 太郎 住友印

|               |            |           |                                |              |       |    |
|---------------|------------|-----------|--------------------------------|--------------|-------|----|
| 医師の意見         | 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 | } 日間  |    |
|               | 療養の給付開始年月日 | 平・令 年 月 日 |                                | 至平成・令和 年 月 日 |       |    |
| 傷病の主症状及び経過の概要 |            |           | 医師の<br>住所<br>医療機関名<br>氏名<br>捺印 |              |       | 印  |