

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 入院療養	の別	自宅 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 晴海中央病院	入院期間	自平・令 〇年 11月 1日 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 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 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		

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 <sup>①</sup>	支給率 <sup>②</sup>	支給期間 <sup>③</sup>	支給金額 ①×②×③	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 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

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	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	労務不能と認められた期間		
医師の意見	傷病の主症状及び経過の概要		医師の 住所 医療機関名 氏名 捺印	