

支給決定	常務理事	事務長	担当・入力	支給金額				円
				内訳	支給期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日		
支給日	令和 年 月 日				標準報酬日額 (2/3)	円	支給日数	日
決定日	令和 年 月 日			資格喪失日	令和 年 月 日	被保険者資格 1年以上	有・無	
受付日	令和 年 月 日			支給実績	令和 年 月 日～令和 年 月 日			

## 傷病手当金請求書

被 保 険 者 氏 名	
-------------	--

下記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

被 保 険 者 証 記号		番 号	
会 社 名		所 属 名	
自 宅 住 所		労務に服することができなかつた期間	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日 日間

事業主の証明（証明期間にかかる出勤簿（写）及び賃金台帳（写）を添付ください）

労務に服さなかつた期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日	日間
上記期間中分として支払った（支払すべき）報酬	円	ただし 令和 年 月 日～ 令和 年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明します。		事業主代理人（所属長） 認印

### 療養を担当した医師の意見

傷 病 名		傷病または負傷の原因	
発病または負傷の日	令和 年 月 日	療養の給付開始年月日	令和 年 月 日
労務不能と認められた期間	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日	左記の期間中の診療実日数	日間
傷病の症状・経過及び労務不能と認められた医学的な所見			
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 職名または住所氏名 住所 氏名 氏名 認印			

※事業主の証明は、資格喪失後の受給の場合には必要ありません。