

傷病手当金請求書 (第 回目)

CKD健康保険組合理事長 殿

〒 _____
 住所 _____
 被保険者 (社員本人) 氏名 _____
 電話番号 () _____
 令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 （ 社 員 本 人 ） が 記 入	保険証 記号・番号	記号	番号	被保険者の 業務の種類 (該当に○)	・加工 ・組立 ・技術 ・営業 ・事務 ・その他()		
	事業所名称 (該当に○)	CKD(株)・CKDグローバルサービス(株) CKD健保・CKD基金・任意継続		事業所 所在地	愛知県小牧市応時二丁目250番地		
	傷病名			発病・負傷 年月日	令和 年 月 日		
	発病・負傷 原因						
	上記傷病のため 就業しなかった期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間					
	上記期間内での 有給休暇扱い日 (該当に○)	・無 ・有→有給休暇扱い日を 月/日 で記入 有給日() 日間					
	老齢年金・障害年金 ・障害手当金受給の 有無 (該当に○)	老齢年金・障害年金・障害手当金のいずれかを ・受けていない ・受けている → 下記欄記入 ・申請中 → 下記欄記入					
		種類 (該当に○)	・老齢年金 ・障害年金 ・障害手当金		年金額	円	
		障害年金・障害手当金の傷病名 (老齢年金受給者は記入不要)					
	労災保険受給の 有無 (該当に○)	労災保険からの休業補償を ・受けている ・受けていない ・申請中 ・過去に受けていたが今は受けていない					
社員(退職者を含む在籍中の方)は以下の口にチェックを入れてください。(振込先の記入は不要です。) <input type="checkbox"/> 傷病手当金の受領に関して事業主に委任します。							
振 込 先	退職後の方、退職予定の方は以下に振込先について記入。 <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 、利用しない場合は下記の欄を記入。) (注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。 下記記入の際は被保険者(社員本人)名義の給与振込に使用していた口座を記入。ゆうちょ銀行の場合は、通帳記載の「他金融 機関からの受取口座として利用する場合の口座」を記入。記入間違いによる再振込の際は手数料を負担いただきます。						
	銀行 金庫 農協	支店	普通 ・ 当座	口座 番号	口座 名義	フリガナ	

健保組合記入欄						
資格取得年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	傷手 日額	円	支給額	円
支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 [日間]					

事 業 主 の 証 明	労務に服さ なかった期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間				
	上記期間 における 給料支払 (該当に○)	無 ・ 有	支給対象期間	日数	金額・支払日	種類
			R 年 月 日 ~ R 年 月 日分	日間	円 (月 日支払)	月給・日給・ 日給月給・時間給
			R 年 月 日 ~ R 年 月 日分	日間	円 (月 日支払)	月給・日給・ 日給月給・時間給
			R 年 月 日 ~ R 年 月 日分	日間	円 (月 日支払)	月給・日給・ 日給月給・時間給
休業の継続 (該当に○)	・現在も休業継続中 ・すでに復職している (復職日: R 年 月 日)			給与控除	可 ・ 否	
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 名 称 事業主氏名						

療 養 担 当 医 の 所 見	傷病名			発病・負傷原因		
	発病・負傷 年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	診療開始年月日	昭和 平成 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 日間			左記期間中 診療実日数	日間
	傷病の主症状、 経過概要、 検査結果等					
	症状経過からみ て労務不能と認 められた所見 (詳細をご記入 ください)					
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関所在地 名 称 担当医師氏名(自署) 電話 () _____						