

(被保険者の
注意事項)

エウイア

※印の欄には記入しないでください。
⑥欄は第一回の申請はいつ(令和〇年〇月〇日午前〇時)、どこで(自宅の庭で)なにを(薪を)、どうしているうち(割っているうち)なにが(薪の) どういうふうになつて(破片が飛んで)どこを(顔を)どうした(裂傷した)というように詳しく記載してください。
⑭欄は、年金を受給する場合に記入するとともに「年金証書又はこれに準ずる書類の写し」・「直近の年金額を証明する書類」を添付してください。
⑮欄は、年金を受給する行為によるものであるときは、「第三者行為による傷病届」を添付してください。

| 支給額 | | 常務理事 | | 事務局長 | | リーダー | | 担当者 | |
|------|------------|----------------|---|------|-----|------|---|-------|---|
| 支給内訳 | 傷病手当金 | | | | | | | | |
| | 延長傷病手当金付加金 | | | | | | | | |
| 支給期間 | 傷病手当金 | 平成 令和 平成 | 年 | 月 | 日から | 日 | 日 | 円 | |
| | 延長傷病手当金付加金 | 平成 令和 平成 | 年 | 月 | 日から | 日 | 日 | 円(日額) | 円 |

傷病手当金 延長傷病手当金付加金 請求書

(第 回)

| | | | |
|--|--|------------------------------------|--|
| ① 被保険者等 記号・番号(※) | 記号 111 番号 12345 | ② 被保険者の 氏名 | 日航 太郎 生年月日 昭和 平成 50年3月6日 本請求により受領する保険給付金は、事業主に委任します。 |
| ※ KOSMO-Webに掲載している「資格情報のお知らせ」をご参照ください (〒123-4567) (TEL: 03-4567-1111) | | | |
| ③ 被保険者の 現住所 | 東京都大田区羽田空港1-2-3 (TEL: 03-2222-1111) | | |
| ④ 事業所の 名称(所属) | 株式会社 JALOO (△△部〇〇課) | | |
| ⑤ 傷病名 | 大腿部骨折 | ⑦ 業務種別 | 一般事務 |
| | | ⑧ 発病又は負傷の年月日 (療養開始日) | 平成 令和 5年2月3日 |
| ⑥ 第一回申請時は 発病の状態又は 負傷の原因を 2回目からは 現在の症状等 | | ⑨ 傷病負傷の療養をする ために休んだ期間 (申請期間) | 平成 令和 平成 令和 5年2月4日から 25日間 5年2月28日まで |
| | | ⑩ ⑨の期間で有給休暇を 取った期間 | 平成 令和 平成 令和 年 月 日から 0日間 年 月 日まで |
| ⑪ ⑨の期間で報酬の支払いを受けた(受けられる) とき、その期間及び報酬 | | ⑪ 負傷の原因は第三者行 為によるものですか | いいえ・はい |
| ⑬ 介護保険法 サービス を受けたとき | 保険者番号 | 被保険者番号 | 保険者名称 |
| ⑭-ア 障害年金又は障害手当を 受給していますか | 受給の原因となった傷病名 | | ⑭-イ 老齢又は退職を事由とする年金を 受給していますか |
| いいえ・請求中・はい | | | いいえ・請求中・はい |
| ⑮ 上記の年金コード又は記号番号 もしくは番号及びその金額 | | | 円 |
| | | | 円 |
| | | | 円 |
| | | 合計額 | 円 |

受付日付印