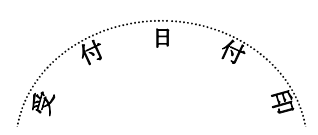


傷病手当金請求書(第 回)

事業所担当者印

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 の		③ 生 年 月 日																														
	①記号	②番号	昭和 平成 令和	年	月	日																											
	被 保 険 者 の (請求者) 氏 名 と 印	(フリガナ)			事 業 所	名 称																											
		㊟			所 在 地																												
	被 保 険 者 の (請求者) 住 所	郵便番号	—	(フリガナ)		(電話番号)																											
	傷 病 名				年月日(療養開始日)	年 月 日																											
					発病または負傷	年 月 日																											
	老齡・障害(厚生)年金等受給の有無	有り・無し・申請中		年 月 から 受給	年金証書の記号番号																												
	受給病名				老齡・障害(厚生)年金等手当額																												
④ 老人保健医療受給証の市町村番号			⑤ 受給者番号	⑥ 発行機関名																													
⑦ 発病の状態または 負傷の原因を詳しく																																	
⑧ 疾病または負傷の療養を するため休んだ期間	自	年	月	日	日 間																												
	至	年	月	日																													
					⑨ 第三者行為によるものですか いいえ ・ はい																												
⑩うえの⑧に書いた 期間の部分の報酬を 受けましたか、または 受けられますか	受けた ・ 受けない 受けられる ・ 受けられない		⑪報酬の支払いを受けた(受 けられる)ときはその報酬 の額と、その報酬支払の基 礎となった(なる)期間		令和 年 月 から 令和 年 月 まで 円																												
入 院 し た 期 間 が あ る と	入院した期間があると	病院等の名称	病院等の所在地																														
	⑫健康保険または自費 で入院しましたか	健保 ・ 公費 自費 ・ その他	⑬入院期間	自	年 月 日																												
			至	年 月 日	日 間																												
	被扶養者がいるときは その方の	氏 名	生 年 月 日	被保険者との続柄																													
委任状	コスモ石油健康保険組合理事長殿 上記のとおり申請いたします。 上記により支給される金額の受領を事業主に委任いたします。 被保険者 住所 氏名 ㊟																																
事 業 主 が 証 明 す る 欄	⑭ 労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間																															
	出勤は○で、有給は△で、公休は◇で、欠勤は／でそれぞれ表示してください																																
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
⑮ うえの期間中 の分として、 報酬を全部ま たは一部支給 した場合は、ま たは支給する 場合	(自)	年	月	日	(至)	年	月	日	日間																								
	(自)	年	月	日	(至)	年	月	日	日間																								
	(自)	年	月	日	(至)	年	月	日	日間																								
	(自)	年	月	日	(至)	年	月	日	日間																								
⑯ 現在までもまた将来も支 給しない場合はその旨					令和 年 月 日提出																												
うえのとおり相違ないことを証明します。																																	
令和 年 月 日																																	
住所 〒																																	
事業主																																	
氏名 ㊟																																	
電話 () —																																	



療養を担当した医師が意見をかくところ	患者氏名					
	傷病名					
	発病または負傷の年月日	年	月	日		
	⑰療養の給付を開始した年月日	年	月	日		
	発病または負傷の原因					
	⑱労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から	日間	左の期間中の診療実日数		
		令和 年 月 日まで			日間	
	⑲傷病の主状態および経過概要					
		人工透析または人工臓器等を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日	令和 年 月 日		
			人工臓器等の種類	ア. 人工肛門 イ. 人口膀胱 ウ. 人工関節 エ. 人口骨頭 オ. 心臓ペースメーカー カ. 人工透析 キ. その他 ()		
⑳うへの期間中に入院した期間がある場合はその期間	令和 年 月 日から	日間	㉑入院の費用の別	健保・公費 自費・その他		
	令和 年 月 日まで					
うへのとおり相違ありません						
住所 (所在地) 〒						
令和 年 月 日						
医師 医療機関名						
氏 名						
Ⓜ						
電話 () —						

	支給金額			
法定給付	┆	┆	┆	┆
付加給付	┆	┆	┆	┆
合計	┆	┆	┆	┆

<算出の基礎>

(法定)

円 × 2/3 × 日 = 円

円 × 2/3 × 日 = 円

(付加)

円 × % × 日 = 円

円 × % × 日 = 円

コスモ石油健康保険組合

常務理事	事務長	係