

支給決定伺		常務理事	事務長	担当
支給決定	令和 年 月 日			
取得	喪失			
算定	標準報酬月額平均 円	<input type="checkbox"/> 12ヶ月平均 <input type="checkbox"/> 12ヶ月未満 <input type="checkbox"/> 組合平均		
	上記金額 x 1/30 円①	給付日額 ① x 2/3 円	給付期間 日	給付額 円
				備考

傷病手当金請求書 (第 1 回)

記号・番号	—			
社員番号	XXXX	被保険者氏名	鎌田 頼子	
被保険者住所 ※ディスコグループ 在籍者は記入不要	〒 —	TEL :	—	
発症又は負傷 の年月日	令和 4 年 2 月 1 日	被保険者の 業務の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 開発 <input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> その他 ()	
傷病名	大腿骨 骨折	発症又は負傷 の原因	スノボで転倒	
療養のため 休んだ期間	令和 4 年 2 月 3 日から 令和 4 年 3 月 20 日まで 46 日間			
被 保 険 者 記 入 欄	上記期間に対する報酬はありますか <input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない			
	第三者の行為によって負傷したものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ			
	障害年金等を受けていますか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ *「はい」の場合はご記入願います			
	年金の種類	障害厚生年金・障害基礎年金・障害手当金	年金額	円
	年金の支給事由となった傷病名			
	受給開始年月日	年 月 日	年金証書の記号・番号	
	給付金の受領について(どちらかにご記入下さい)			
<input type="checkbox"/> 1. 在職中の方		事業主に委任します。 被保険者氏名 鎌田 頼子 令和 4 年 4 月 1 日		
<input type="checkbox"/> 2. 資格喪失後の方・在職中の方で給与口座以外を希望の方		銀行	口座番号 (普通)	
	支店	口座名義	(カタナ)	

※請求時に、被保険者記入欄「休んだ期間」と事業主の証明欄「労務に服さなかった期間」とが異なる場合には、事業主の証明に基づいて支給します。
支給決定については、後日配付する「給付金支給決定通知書」でご確認下さい。

人財部	担当

受付日付印

Rev.2023/04

事業主の証明	労務に服さなかった期間	事業主記入欄
	上記期間中の報酬について	
	上記の通り相違ないこと 事業主（又は代理人） 住 所 氏 名	

療養を担当した医師の意見	傷病名	医師記入欄
	発症又は負傷の年月日	
	労務不能と認められた期間	
	傷病の主症状及び経過概要 <small>（労務不能と認められた意見等を詳細に記入願います）</small>	
	上記期間中に入院した期間がある場合はその期間	
	上記の通り相違あり 住 所 医療機関名 TEL 医師氏名	