

傷病手当金 <第 4 回> 請求書  
傷病手当金付加金 <第 4 回>

スズキ健康保険組合理事長 殿

平成××年 6月 1日提出

傷病が交通事故による場合は事故発生状況報告書を必ず添付して下さい。

被 保 者 記 入 欄	被保険者証 記号番号	1 - 33333	被保険者の 氏名と印	健保 太郎 (印)
	事業所の 名称	スズキ株式会社	被保険者の 住所・電話	〒431-0000 Tel 053-597-0000 浜松市西区〇〇町1-1-1
	所属名及び 連絡先	株式会社スズキ自販〇〇 Tel 053-000-0000	業務の種別 具体的内容	事務・技術 ( ) 技能・営業 ( ) (印)
	身分	正社員 その他( )	資格取得年月日	昭和・平成××年 4月 1日
	資格喪失年月日	平成 年 月 日	休職年月日	平成 年 月 日
	発病(負傷) 年月日時間	平成××年 4月 8日 曜日(日)、××時××分頃	発病・負傷 した場所	会社・通勤途中・自宅・ その他(湖西市鷺津)
	傷病名及び 発病(負傷) の原因・状況	傷病名 左大腿骨骨折 原因等 バイクで単独転倒	休業期間	自H. ××年 4月 8日 23日間 至H. ××年 4月 30日
休業期間中 入院の有無	有 無 自H. ××年 4月 8日 至H. ××年 4月 30日	入院した医 療機関名等	所在地 浜松市西区〇〇 名称 〇〇総合病院	
年金等の 受給関係	有 無	〔 有の場合：種類／老齢年金等・障害基礎年金等・障害手当金 支給額／月 円、該当した日／H. S 年 月 日から 〕		

◎提出の際印もれがないか今一度確認を。

健 保 組 合 記 入 欄	標準報酬	月額	千円	支給伺	平成 年 月 日	
		日額	円	支給日	平成 年 月 日	
	支給 内 訳	傷病 手当 金	日額	円× 日	108条の減額	/ ~ / 1日 円
			日額	円	待期期間又は 前回支給済	自 年 月 日 日間 至 年 月 日
	支給 総 額	傷病手当 付加金	日額	円× 日	支給期間	自 年 月 日 日間 至 年 月 日
			円	円		
不 支 給 理 由	不支給 期間	自 年 月 日 日間 至 年 月 日	担当	課長	事務長	常務理事

委任状	上記の受領を 委任します。 平成 年 月 日 被保険者氏名 (印)
-----	--

※給付金の支払いは、健保に登録されている口座への振り込みとなります。解約された方、登録されていない方は、裏面に被保険者名義の口座を記載してください。

※訂正したところは、必ずその者（医師欄は医師）の訂正印を押してください。

裏面

・被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは、事業主の証明を要しません。  
 ・賃金台帳（給与明細可）写しを添付願います。尚、添付により部分省略しても構いません。

出勤簿 (写)	4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	
—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	
《表示方法》出勤=出、有給=有、病欠=病、欠勤=欠、公休=／、早退=早																	
賃金台帳 (写)			平成××年 4月分					平成 年 月分									
	賃金計算期間		1 日～ 30 日					日～ 日									
	規定出勤数		21 日					日									
	出勤日数(有給含)		7 日					日									
	支給総額		91,140 円					円									
	欠勤控除額		169,260 円					円									
	上記欠勤控除の計算式		基本給÷平均稼働日数 ×欠勤日数 249,900円÷20.66×14日														
欠勤がある中で満額支給されたもの	家族手当		5,000 円					円									
	通勤手当		5,000 円					円									
	その他( )		円					円									
	( )		円					円									
上記の通り相違ないことを証明します。																	
平成××年 6月 1日																	
住所 静岡県浜松市南区高塚町 300																	
事業主 スズキ株式会社																	
名称及び代表者名 代表取締役 ○○ ○○																	

診療担当 医師意見	傷病名	左大腿骨骨折	発病(負傷)の原因	二輪車単独事故
	発病(負傷)の年月日	平成 ××年 4月 8日	療養給付開始年月日	平成 ××年 4月 8日
	労務不能と認められた期間	自××年 4月 8日 至××年 4月 8日 23日間	左記期間中の入院期間	自××年 4月 8日 至××年 4月 8日 23日間
	診療実日数	23日(内入院23日含)	傷病の経過	治癒・死亡・転医・中止・継続
	主病状及び経過の概要	骨折による歩行困難の為、理学療法施行。経過良好。		
	職場復帰の可否について	現在の状況では、復帰は不可。復帰判断はもう少し時間を要する。		
上記の通り相違ありません。				
平成××年 5月 10日				
医療機関名称 ○○総合病院				
所在地 浜松市西区○○				
医師氏名 ○○ ○○				
電話番号 053-○○○-○○○○				