傷病手当・附加金
延長傷病手当附加金

請　求　書

キッコーマン健康保険組合　（第　　回）　所属

被保険者記入

記号	番号	氏名（ふりがな）	給付金の受領は事業主に委任します。 印	住所

傷病名	発病又は負傷の年月日　令和　年　月　日	原因
労務に服することが出来なかった期間（年休等も含める） 令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで 日間	左記の期間中において報酬の全部又は一部を受けたとき又は受け得るときはその期間 （出勤・年休等を使用した日を記入）	入院した期間があるときは　病院の名称・所在地 期間　から　まで

障害厚生年金または障害手当金を受給していますか　・いいえ　・請求中　・はい　⇒原因 傷病名　証明書添付必須

キッコーマン健康保険組合 記入欄	給付始期	待期期間	前回給付
			迄

事業主証明

労務に服することができなかった期間及びその期間中において報酬の全部又は一部を支給し、又は支給すべきものであるときはその額（添付書類にて証明）

令和　年　月　日　から
令和　年　月　日　まで
日間

給与の種類　☐ 完全月給　☐ 日給月給　☐ 時給　☐ その他

印

委任を受けた給付金は貴組合との間で定められた方法で受領します。

療養を担当した医師の証明

傷病名	発病又は負傷の原因
発病又は負傷の年月日　令和　年　月　日	療養給付を開始した年月日　令和　年　月　日
労務不能と認めた期間　令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで　日間	診療実日数　日間

傷病の主症状及び経過概要

左記のとおり相違ありません。　令和　年　月　日

所在地

名称

医師の氏名　印

電話番号