

傷病手当金 付加金請求書（ 令和 年 月分 ）

被
保
険
者
（
本
人
）
記
入

事業所名		記号番号		被保険者氏名	
				記号番号は保険証に印字されています	
住 所			生年月日	昭和 平成	年 月 日
傷病名			発病または負傷の原因		
請求期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 （ 日間 ）				
振込先	銀行	本店	普通	口座番号	
		支店	当座	名義(カタカナ)	
事業主証明	上記請求期間において ☐ LTD対象 ☐ LTD対象外				
	(備考) こちらは記入しないでください。 (事業主証明欄です)				
	上記の通り相違ありません。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名				

☐ 枠の中はすべて記入してください

	理事長	常務理事	事務長	担当者
決 済				