

賃金形態及び賃金締切日	形態 <u>月給</u> ・日給月給 日給・時間給・その他	毎月 <u>25</u> 日締切り <u>当月末</u> 日支払	社会保険事務所 承認	㊦
-------------	----------------------------------	-------------------------------------	---------------	---

療養を担当した医師が意見を書くところ	傷病名	<u>えっせいの腸炎</u>		発病又は負傷の年月日	平成 年 月 日
	発病又は負傷の原因	<u>不詳</u>		療養の給付(健康保険の規定による医療を含む)を開始した日	平成 <u>17</u> 年 <u>3</u> 月 <u>2</u> 日
	労務不能と認めた期間	自平成 <u>17</u> 年 <u>3</u> 月 <u>2</u> 日 至平成 年 月 日 <u>30</u> 日間		左の期間中における入院期間	自平成 <u>17</u> 年 <u>3</u> 月 <u>2</u> 日 至平成 年 月 日 <u>30</u> 日間
	傷病の主症状及び経過の概要(労務不能と認めた意見等)				労務不能と認めた期間中の診療実日数
お手数ですが労務不能と認められた病状を詳しくご記入願います。					入院費用区別
<u>入院加療が必要の為</u>					(1) 健保 (2) 公費 (3) 自費 (4) その他
手術名		手術年月日	平成 年 月 日		
上記のとおり相違ありません					
医療機関所在地	<u>茨城県小石川</u>		平成 <u>17</u> 年 <u>3</u> 月 <u>3</u> 日		
医療機関名称	<u>茨城病院</u>			電話	<u>0000 0000</u>
担当医師氏名	<u>医師 依藤 太郎</u>				

※	減額期間	期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日数	金額	
												円	角
14	全部不支給	期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日数		
15	不支給(法定外)	期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日数		

支払金融機関の欄	⑯ 支払区分	1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払	⑰ 預金種別	<u>普通</u> 2. 当座 3. 通知 4. 別段	振込できるのは郵便局以外です
	⑱ 金融機関コード				<u>銀行</u> 金庫 農協
	⑲ 口座番号	<u>1234567</u>	口座名義人	<u>依藤 太郎</u>	

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。				
	平成 年 月 日				
	被保険者(請求者)	住所	氏名		
	⑳ 代理人の氏名と印	(フリガナ)			
㉑ 代理人の住所	㉒ 郵便番号	(フリガナ)			送信
	㉓ 住所コード				

社労士 記載欄	㉔	全国番号	
------------	---	------	--

(註) 事業主証明は出勤簿及び賃金台帳と照合のうえ、証明してください。
この請求書が第一回目のときには請求期間について賃金台帳と出勤簿(タイムカード)を窓口で照合確認いたしますのでご持参ください。