

受付年月日	年 月 日	決 裁			
同年月日	年 月 日	常務理事	事務局長	係 長	担 当 者
決裁年月日	年 月 日				
※支給支払決議書	支給額	円			
	支給内訳	傷病手当金	円	資格取得	年 月 日
		傷病手当金付加金	円	資格喪失	年 月 日
	支給開始	年 月 日			
	支給期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日間	全部・一部
	前回	始	年 月 日	不支給理由	
	終	年 月 日	備 考		

傷病手当金・傷病手当金付加金請求書 (第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る こ と	① 被保険者証の 記号・番号	記号 番号	② 被保険者の 業務の種別		
	③ 事業所の名称 及び所在地	名称	所在地		
	④ 資格を取得 した年月日	年 月 日	⑤ 標準報酬月額	000円	
	⑥ 老人保健法の医 療を受けたとき	市町村 番号	受給者 番号	発行 機関名	
	⑦ 発病又は負傷 の年月日	年 月 日	⑧ 傷病名		
	⑨ 発病又は 負傷の原因				
	⑩ 労務に服することが できなかった期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間	
	⑪ 上記期間の報酬の全 部又は一部を受けた とき、又は受けるこ とができるときは、 その報酬額及び期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間	
		受けた報酬額		円	
		受けることができる報酬額		円	
	⑫ 障害年金、障害手 当金を受けている とき、又は受ける ことができるとき	⑬ 年金の種類	障害年金・障害手当金	⑭ 年金額	⑮ 年金の支給 事由となっ た傷病名
		⑯ 年金を受ける こととなった 年月日	年 月 日	⑰ 障害年金を受け ている場合は障害年 金証書の記号番号	
	⑬ 振込希望の銀行 (給料振込口座)	銀行 支店 ( 普通 )			
	⑭	上記のとおり請求します。 年 月 日			
	被保険者の住所 氏名			印	
	健康保険組合理事長 殿				

≪2ページ目につづく≫

記 号	番 号	氏 名

事業主が証明するところ	⑮ 労務に服さなかった期間		年 月 日から 年 月 日まで	日間
	⑯ 上記の期間中として支払う報酬関係	⑰ 全額支給した場合、又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで	円 ( 日 額 ) ( 月 日支払 )
		⑰ 一部支給した場合、又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで	円 ( 日 額 ) ( 月 日支払 )
		⑰ 現在までも又、将来も支給しない場合は、その旨		
⑰ 上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 事業主 住所 氏名 印 電話 ( ) 番				

療養を担当した医師が意見をかくところ	⑱ 傷病名		⑲ 発病又は負傷の原因	
	⑳ 発病又は負傷の年月日	年 月 日	㉑ 療養の給付を開始した年月日	年 月 日
	㉒ 労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	㉓ 診療実日数 日間
	㉔ 傷病の主症状および経過概要			
	⑲ 上記のとおり相違ありません。 年 月 日 医師 住所 氏名 印 電話 ( )			

委任状	⑲ 私は 年 月 日 請求した傷病手当金・傷病手当金付加金のうち 円也の受領に関すること。 年 月 日 被保険者の 住所 氏名 印 代理人の 住所 氏名 印			
	⑲ 振込希望の銀行 (振込口座) 銀行 支店 (普通 )			