

受 付 年 月 日		年 月 日		決 裁				
伺 年 月 日		年 月 日						台帳照合印
決 裁 年 月 日		年 月 日						
※支給支払決議書	支 給 額		円		資 格 取 得		年 月 日	
	支給内訳	傷 病 手 当 金	円		資 格 喪 失		年 月 日	
		傷病手当付加金	円		標 準 報 酬 月 額		千円(第 級)	
	支 給 開 始		年 月 日		障害年金額・日額障害手当金額		円(日額 円)	
	支 給 期 間		自 年 月 日 至 年 月 日 日間		老 齡 (退 職) 年 金 額		円(日額 円)	
	前回	始	年 月 日		全 部 ・ 一 部 不 支 給		年 月 日 から 年 月 日 まで 日間 円	
終		年 月 日		理 由				
				備 考				

傷病手当金・傷病手当付加金請求書（第 回目）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号・番号				② 被保険者の業務の種類別					
	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 介護保険のサービスを受けたとき		保険者番号			被保険者番号			保険者名称	
	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 第三者行為によるものですか いいえ ・ は い		
	⑪ 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					
	⑫ 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 円 円 受けた報酬額 受けることができる報酬額					
	⑬ 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		⑭ 年金の種類別	障害年金・障害手当金		⑮ 年金額			⑯ 年金の支給事由となった傷病名	
			⑰ 年金を受けることとなった年月日	年 月 日		⑱ 障害年金を受けている場合は基礎年金番号・年金コード				
	⑭ 任意資格喪失者の方		⑲ 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか					はい・請求中・いいえ		
			⑳ 老 齡 (退 職) 年 金 の 名 称	㉑ 基礎年金番号及び年金コード又は記号番号若しくは番号		㉒ 受 給 年 月 日	㉓ 年 金 額			
				年 月 日		円				
				年 月 日		円				
				年 月 日		円				
		㉔ 年 金 の 合 計 額					円			
⑮ 振 込 希 望 の 金 融 機 関 名		銀行・金庫・信組 店・本店 支店・出張所								
		普通 当座	フリガナ 口座番号 口座名義							
⑯ 上記のとおり申請します。 年 月 日										
被保険者の住所 〒 氏名 健康保険組合理事長 殿										

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑰ 労 務 に 服 さ な か っ た 期 間		年 月 日から 年 月 日まで 日間	
	上記の期間中の分として支払う報酬関係	㉕ 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 の分として 金 円 (日額 金 円) (月 日支払)	
		㉖ 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 の分として 金 円 (日額 金 円) (月 日支払)	
		㉗ 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 ⑱ 電話 ()				

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を 書 く と こ ろ	⑲ 傷 病 名				㉕ 発病又は負傷の原因			
	㉕ 発病又は負傷の年月日		年 月 日		㉖ 療養の給付を開始した年月		年 月 日	
	㉗ 労務不能と認めた期間		年 月 日 から 年 月 日 まで 日間		㉘ 診療実日数		日間	
	㉙ 傷病の主症状及び経過概要							
			人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき	人工透析を実施又は人工臓器を装着した日	昭和・平成	年 月 日		
			人工臓器等の種類	ア.人工肛門 イ.人工関節 ウ.人工骨頭 エ.心臓ペースメーカー オ.人工透析 カ.その他 ()				
㉚ 上記の期間中に入院をした期間がある場合はその期間		年 月 日 から 年 月 日 まで 日間		入院費用の別		健 自 保 費 ・ 公 費 そ の 他		
㉚ 上記のとおり相違ありません。 年 月 日								
医療機関の名称 医療機関の所在地 〒 医師の氏名 ⑱ 電話 ()								

委 任 状	㉕ 私は、 年 月 日 請求した傷病手当金・傷病手当付加金のうち 金 円也の受領に関すること。 年 月 日		
	被保険者の住所 〒 氏名 ⑱ 代 理 人 の住所 〒 氏名 ⑱ 委任者と代理人との関係		
㉖ 振 込 希 望 の 金 融 機 関 名		銀行・金庫・信組 店・本店 支店・出張所	
		普通 当座 フリガナ 口座番号 口座名義	

領 収 書	㉕ 金 円也但し 年 月 日	
	うえの金額を領収いたしました。 健康保険組合理事長 殿	
受領者の住所 〒 氏名 ⑱		

記入方法については裏面の記載事項をご覧ください。