

受付年月日	年 月 日	決 裁			
同 年 月 日	年 月 日	常務理事	事務長	扱 者	台帳照合印
決 裁 年 月 日	年 月 日				
※支給支払決議書	支給額	円			
	支給内訳	資格取得	年 月 日	資格喪失	年 月 日
		標準報酬月額	千円(第 級)		
	支給開始	障害年金・日額障害手当金額	円(日額) 円		
		老齢(退職)年金額	円(日額) 円		
	支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日	全部・一部 不支給	期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで
前回	始 年 月 日 終 年 月 日	理 由			
		備 考			

### 傷病手当金請求書 (第 回目)

被 保 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		
	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
	⑧発病又は負傷の年月日	年 月 日	⑨傷病名	
	⑩発病又は負傷の原因	⑪第三者行為によるものですか いいえ・はい		
	⑫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	
	⑬上記期間の報酬の全部又は一部を受けたとき、又は受けることのできるときは、その報酬額及び期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日 間	円 円
	⑭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	障害年金・障害手当金	⑮年金の支給事由となった傷病名
		⑮年金を受けることとなった年月日	年 月 日	⑯障害年金を受けている場合は基礎年金番号・年金コード
	⑰任意継続被保険者の方	⑰ 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
		⑱老齢(退職)年金の名称	⑲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	⑳受給年月日
				㉑年 金 額
				㉒年 金 額
			㉓年 金 額	㉔年 金 額
			㉕年 金 の 合 計 額	
⑰	上記のとおり請求します。なお、この書面に記載する個人情報を健保組合が公表している利用目的のために取得・利用・第三者提供することに同意いたします。			
	住所 被保険者の氏名	⑰		

健康保険組合理事長 殿

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑱ 労務に服さなかった期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日 間	
	⑲ 上記の期間分として支払う報酬関係	㉑ 全額支給した場合は、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) (月 日支払) 金 円
		㉒ 一部支給した場合は、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) (月 日支払) 金 円
		㉓ 現在までも、又は、将来も支給しない場合は、その旨		
⑳	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 電話 局( ) 番			

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を 書 く と こ ろ	㉑ 傷病名	㉒ 発病又は負傷の原因			
	㉓ 発病又は負傷の年月日	年 月 日	㉔ 療養の給付を開始した年月日	年 月 日	
	㉕ 労務不能と認められた期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日 間	㉖ 診療実日数	日 間
	㉗ 傷病の主症状および経過	㉘ 上記の期間中に入院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	
		入院の費用の別	健 自 保 費 公 費 其 他		
㉙	上記のとおり相違ありません。 住所(所在地) 年 月 日 医師 医療機関名 氏名 電話 局( ) 番				

委 任 状	⑳ 私 は 年 月 日 請求した傷病手当金・傷病手当付加金のうち 円也の受領に関すること。 年 月 日 被保険者の住所 (請求者) 氏名 代理人の住所 氏名	㉚
	㉛	

領 収 書	㉜ 金 円也 但し 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 住所 氏名	年 月 日
-------------	---	-------