

受付年月日	年 月 日	決 裁			
同 年 月 日	年 月 日	常務理事	事務長	換 者	台帳照合印
決 裁 年 月 日	年 月 日				
※支給支払決裁書	支 給 額	円	資 格 取 得	年 月 日	
	支給内訳	円	資 格 喪 失	年 月 日	
	支 給 開 始	年 月 日	標 準 報 酬 月 額	千円(第 級)	
	支 給 期 間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	母老年金・旧遺族手当金額	円(月額)	
	前 回	始 年 月 日 終 年 月 日	老 齡 (退 職) 年 金 額	円(月額)	
			全 部 ・ 一 部 支 給 理 由	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間	円
			備 考		

傷病手当金請求書

(第 回日)

①被保険者証の記号・番号	I-1235		②被保険者の業務の種類	技術	
③事業所の名称及び所在地	名称	(株)テクノポート蒲田	所在地	東京都大田区蒲田1-1	
④資格を取得した年月日	平成11年 1月 1日	⑤標準報酬月額	280,000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
⑧発病又は負傷の年月日	平成18年 6月 1日	⑨発病名	胃潰瘍		
⑩発病又は負傷の原因	6月1日早朝、腹部激痛により、入院		⑪第三者行為によるものですか はい		
⑫労務に服することができなかった期間	平成18年 6月 1日 から 平成18年 7月 31日 まで	61 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	
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	⑮年金の種類	障害年金・障害手当金	⑯年金額	円	
	⑮年金を受けることとなった年月日	年 月 日	⑯障害年金を受領している場合は基礎年金番号・年金コード	円	
⑮ 任 意 継 続 被 保 険 者 の 方	⑰ 老 齡 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		
	⑰ 老 齡 (退 職) 年 金 の 名 称	⑱ 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	⑲ 受 給 年 月 日	⑳ 年 金 額	円
			年 月 日	円	
			年 月 日	円	
		㉑ 年 金 の 合 計 額		円	
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と健康保険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ご同意いたします。				
被保険者の氏名	住所 世田谷区上用賀1-3-26		健康保険組合理事長 殿		
	氏名 大山 陸夫		健康保険組合理事長 殿		

事業主が証明するところ	⑮ 労務に服できなかった期間	平成18年 6月 1日 から 平成18年 7月 31日 まで	61 日間
	⑯ 全額支給した場合、又は支給する場合	平成18年 6月 1日 から 平成18年 6月 30日 まで	金 全額支給 円 (日額) (月 日支払) (金) 円
	⑰ 一部支給した場合、又は支給する場合	平成18年 7月 1日 から 平成18年 7月 31日 まで	金 58800 円 (日額) (月 日支払) (金) 円
	⑱ 現在までも、又は、将来も支給しない場合は、その旨		
⑲ 上記のとおり相違ないことを証明します。			
事業主	住所	東京都大田区南蒲田1-1 平成18年 8月 1日	
氏名	株式会社テクノポート蒲田 代表取締役 大田太郎 (大田)		
	電話	03 局(437) 1246 番	

療養を担当した医師が意見を書くところ	⑲ 傷病名	胃潰瘍	⑳ 発病又は負傷の原因	不詳	
	㉑ 発病又は負傷の年月日	平成18年 6月 1日	㉒ 療養の給付を開始した年月日	平成18年 6月 1日	
	㉓ 労務不能と認められた期間	平成18年 6月 1日 から 平成18年 7月 31日 まで	61 日間	㉔ 診療実日数	61 日間
	㉕ 傷病の主症状および経過	入院、安静加療 経過良好	㉖ 上記の期間中に入院した期間がある場合はその期間	平成18年 6月 1日 から 平成18年 6月 31日 まで	30 日間
	入院の費用の別	健 保 公 費 自 費 そ の 他			
㉗ 上記のとおり相違ありません。					
医師	住所(所在地)	大田区大森北1-2-1 平成18年 8月 1日			
氏名	大森赤十字病院 院長 大森和雄 (大森)				
	電話	03 局(467) 2222 番			

委任状	⑲ 私 は	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	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。
状	被保険者の住所	氏名
	代理人の住所	氏名
⑲		
領 取 書	⑲ 金 円也 但し うえの金額を領収いたしました。	年 月 日
	健康保険組合理事長 殿	
	受領者	住所 氏名