

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	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 日間	障害年金・日額障害手当金額	円(日額)
	前回	始 年 月 日	老齢(退職)年金額	円(日額)
	終 年 月 日	全部・一部	期間	年 月 日から 日間
		不支給	理由	
		備考		

傷病手当金・傷病手当付加金請求書 (第 回目)

①被保険者証の記号・番号	〇〇〇・〇〇	②被保険者の業務の種類別	配送管理
③事業所の名称及び所在地	名称 〇〇〇株式会社	所在地	東京都中央区日本橋本町〇-〇
④資格を取得した年月日	〇〇年〇月〇日	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	保険者名称
⑧発病又は負傷の年月日	H22年6月17日	⑨傷病名	△△△
⑩発病又は負傷の原因	〇〇〇〇〇〇	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	H22年6月17日から H22年6月30日まで		14 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	受けた報酬額	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	⑰年金の種類別 障害年金・障害手当金	⑱年金額	
⑮任意継続被保険者の資格喪失の方	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	
	⑲老 年 金 の 名 称	⑳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	㉑受 給 年 月 日
			㉒年 金 額
			円
			円
		㉓年金の合計額	円
⑯振込希望の金融機関名	金庫銀行・郵便局 支店(普通当座 No.)		
⑰	上記のとおり請求します。 年 月 日		
被保険者の住所	群馬県高崎市〇〇町〇〇番地		
氏名	健保太一		
	健康保険組合理事長 殿		

⑮ 労務に服さなかった期間	H22年6月17日から H22年6月30日まで	14 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	金 円 (日額 円) (金 円)
	⑱ 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	金 円 (日額 円) (金 円)
	⑲ 現在までも、将来も支給しない場合は、その旨	支給しない	
⑳	上記のとおり相違ないことを証明します。 H22年7月20日		
事業主が証明するところ	住所 東京都中央区日本橋本町〇-〇		
	氏名 〇〇〇株式会社 代表取締役 〇〇〇	電話 〇3局(〇〇〇) 〇〇〇番	

⑲ 傷病名	△△△	⑳ 発病又は負傷の原因	不詳
㉑ 発病又は負傷の年月日	H22年6月17日	㉒ 療養の給付を開始した年月日	H22年6月17日
㉓ 労務不能と認められた期間	H22年6月17日から H22年6月30日まで	㉔ 診察実日数	10 日間
㉕ 傷病の主症状および経過概要	〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇	㉖ 上期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。 H22年7月10日		
医師	住所(所在地) 東京都大田区蒲田〇~〇		
氏名	〇〇〇病院 山田良一		
	電話 〇3局(〇〇〇) 〇〇〇番		

委任状	⑳ 私 は 平成太郎 を代理人と定め、次の権限を委任する。 H22年7月20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。 H22年7月20日
	住所 群馬県高崎市〇〇町〇〇番地
	被保険者の(請求者) 氏名 健保太一
	住所 東京都中央区日本橋本町〇~〇
	代理人の 氏名 〇〇〇株式会社 平成太郎
㉘ 振込希望の金融機関名	金庫銀行・郵便局 支店(普通当座 No.)

領収書	㉙ 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
	住所 受領者 氏名

記入方法については裏面の記載事項を御覧の上御記入下さい。