

受付年月日	年 月 日	決 裁				台帳照合印
同年月日	年 月 日					
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			
		傷病手当付加金	円			
	支給開始	年 月 日				
	支給期間	自	年 月 日	円 (日額)		
		至	年 月 日	円 (日額)		
前回	始終	年 月 日	円			

傷病手当金・傷病手当付加金請求書 (第 回)

① 被保険者証の記号番号			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			
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		ア 年金の種類 ・障害厚生年金 ・障害手当金		イ 年金額	ウ 年金の支給事由となった傷病名	
		エ 年金を受けることとなった年月日	年 月 日	オ 障害年金を受けている場合は基礎年金番号・年金コード		
⑮ 被任資格喪失者続の方	ア 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		
	イ 老齢(退職)年金の名称	ウ 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	エ 受給年月日	オ 年金額		
			年 月 日	円		
			年 月 日	円		
			年 月 日	円		
⑯ 振込希望の金融機関名	金庫銀行組合		支店	普通当座	(No. )	
⑰ 上記のとおり請求します。平成 年 月 日						
住所 被保険者の氏名 セメント商工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 上記の期間中として支払う報酬関係	ア 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) (月 日支払) (金 円)
		イ 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) (月 日支払) (金 円)
ウ 現在までも又、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 住所 事業主氏名 印 電話 ( )				

療養を担当した医師が意見を書くところ	傷病名			発病又は負傷の原因		
	発病又は負傷の年月日	年 月 日		療養の給付を開始した年月日	年 月 日	
	労務不能と認められた期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		日間	診療実日数 日間	
	傷病の主症状および経過概要	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	
		入院の費用の別		健保・公費 自費・その他		
上記のとおり相違ありません。 年 月 日 住所(所在地) 医師 医療機関氏名 印 電話 ( )						

委任状	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 氏名 (請求者) 印			代理人の住所 氏名 印		
振込希望の金融機関名	金庫銀行組合		支店	普通当座	(No. )	

領収書	金 円也 但し うえの金額を領収いたしました。年 月 日 セメント商工健康保険組合理事長 殿 受領者 住所氏名 印					
-----	--	--	--	--	--	--