

受付年月日	年 月 日	決 裁				
同 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				
	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	日		
		至	年 月 日	日		
前回	始	年 月 日	不支給理由			
	終	年 月 日	備考			

記入例 傷病手当金・傷病手当付加金請求書 (第 回)

被 保 險 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者証の 記号番号	1899-23		被保険者の 業務の種類	コンクリートの販売(営業)		
	事業所の名称 及び所在地	名称	(株) 工業		所在地	渋谷区東1-1	
	資格を取得した日	10年 4月 1日			標準報酬月額	280000円	
	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	
	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	
	発病又は負 傷の年月日	16年 7月 10日			傷病名	胃潰瘍	
	発病又は 負傷の原因	飲食後、急に胃が痛くなった				第三者行為によるものですか いいえ ・ はい	
	労務に服することが できなかった期間	16年 7月 11日	から	16年 8月 20日	まで	41 日間	
	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	16年 7月 11日	から	16年 7月 20日	まで	10 日間	
		受けた報酬額				10,000 円	
	受けることができる報酬額				円		
	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	年金の支給事由 たる傷病名	
		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 場合は基礎年金番号 年金コード		
	被任資 格喪 失 継 続 者 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	
	の 方	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	
振込希望の金融機関名	金庫 銀行 組合		支店	普通 当座 ()			
上記のとおり請求します。				平成 年 月 日			
被保険者の 住所	渋谷区渋谷1-1						
氏名	健保 太郎						
				健保印			
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	労務に服さなかった期間	16年 7月 11日 から 16年 8月 20日 まで	40日間
	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) (金 円) の分として (月 日支払)
	イ 一部支給した場合、又は支給する場合	16年 7月 11日から 16年 7月 20日まで	金 10,000 円 (日額) (金 円) の分として (7月 25日支払)
	ウ 現在までも又、将来も支給しない場合は、その旨	全く支給したものが無い場合は「支給しない」と記載	
上記のとおり相違ないことを証明します。			
事業主 住所 氏名		電話 ()	年 月 日
事業主の証明		印	

療養を担当した医師が意見を書くところ	① 傷病名	② 発病又は負傷の原因	
	③ 発病又は負傷の年月日	年 月 日	④ 療養の給付を開始した年月日
	⑤ 労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	⑥ 診療実日数
	⑦ 傷病の主症状および経過概要	⑧ 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
		入院の費用の別	健保費・公費 自費・その他
上記のとおり相違ありません。			
住所(所在地) 医療機関 氏名		電話 ()	年 月 日
医師の証明		印	

委任状	⑩ 私は 年 月 日 貴組合を代理人と定め、次の権限を委任する。 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)	住所 渋谷区渋谷1-1 氏名 健保太郎
	代理人の住所 氏名	住所 氏名
⑪ 振込希望の金融機関名	組合届出の受領責任者の氏名	金庫行合 支店 普通当座 ()

領収書	⑫ 金 円也 但し	組合届出の印鑑をお願いします
	うへの金額を領収いたしました。	日
ここは不要です。		セメント商工健康保険組合理事長 殿
受領者 住所 氏名	印	