

受付年月日	年 月 日	決 裁			台帳照合の印	
伺年月日	年 月 日					
決裁年月日	年 月 日					
※支給 支払 内訳 決議書	支給額	円	資格取得	年 月 日		
	支払 内訳	傷病手当金 円	資格喪失	年 月 日		
		傷病手当附加金 円	標準報酬月額	千円 (第 級)		
	支給開始	年 月 日	傷害年金願・日額障害手当金額	円 (日額 円)		
	支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	全部・一部 不支給	期間	年 月 日から 日間 年 月 日まで 円	
	前回	始 年 月 日 終 年 月 日		理由		
			備考			

傷病手当金・傷病手当附加金請求書 (第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	(1) 被保険者証の 記号・番号		(2) 被保険者の 業務種別		
	(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 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) 発病又は負傷 の年月日	年 月 日	(8) 傷病名		
	(9) 発病又は 負傷の原因				
	(10) 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	
	(11) 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 受けることができる報酬額		日間 円 円	
	(12) 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	(7) 年金の種類 (8) 年金を受ける こととなった 年月日	障害年金・障害手当金 年月日	(9) 年金額 (10) 障害年金を受けてい る場合は障害年金証 書の記号番号	(11) 年金の支給事 由となった傷 病名
	(13) 振込希望の銀行 又は郵便局名	〔 普通 支店 〕 〔 当座 〕			郵便局
	(14)	年 月 日 上記のとおり請求します。 住所 被保険者の 氏名 印 健康保険組合理事長 殿			

事業主が証明するところ	(15) 労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	(16) 上記の期間中の分として支払う報酬関係	(7) 全額支給した場合、又は支給する場合	年 月 日から 金 円 の分として (月 日支払) (日額 金 円)
		(4) 一部支給した場合、又は支給する場合	年 月 日から 金 円 の分として (月 日支払) (日額 金 円)
		(7) 現在までも 又、将来も支給しない場合は、その旨	
(17)	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 局 () 番		

療養を担当した医師が意見をかくところ	(18) 傷病名		(19) 発病又は負傷の原因	
	(20) 発病又は負傷の年月日	年 月 日	(21) 療養の給付を開始した年月日	年 月 日
	(22) 労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	(23) 診療実日数 日間
	(24) 傷病の主症状および経過概要			
	(25)	上記のとおり相違ありません。 年 月 日 住所 医師 氏名 印 電話 局 () 番		

委任状	(26)	私は 年 月 日 貴組合を代理人と定め、次の権限を委任する。 金 円 也の受領に関すること。 年 月 日 住所 被保険者の 氏名 印 住所 代理人の 氏名 印		
-----	------	---	--	--

(27)	振込希望の銀行又は郵便局名	[普通 支店] 郵便局 当座
------	---------------	---------------------

領収書	(28)	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 印
-----	------	---