

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		
		傷病手当附加金	円		
	支給開始	年 月 日			
	支給期間	自	年 月 日	日	間
	前回	始	年 月 日		
	終	年 月 日			
	資格取得	年 月 日			
	資格喪失	年 月 日			
	標準報酬月額	千円(第 級)			
	障害年金額・日額障害手当金額	円(日額 円)			
	全部・一部	期 間	年 月 日	から	日間
	不支給	理 由	年 月 日	まで	円
		備 考			

傷病手当金・傷病手当附加金請求書 (第 回目)

被 保 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 業務の種類別			
	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	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	日間	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		⑬年金の種類別	障害年金・障害手当金	⑭年金額	⑮年金の支給 事由となっ た傷病名
			⑯年金を受ける こととなった 年月日	年 月 日	⑰障害年金を受けて いる場合は障害年 金証書の記号番号	
⑱振込希望の銀行 又は郵便局名		銀 行		支店 (普通 当座)	郵便局	
⑲ 上記のとおり請求します。 住所 被保険者の 氏 名						
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	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 の分として 金 円 (日額 日支払) (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 の分として 金 円 (日額 日支払) (金 円)
		⑲ 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	
事業主 住所 氏名		電話 局 () 番	㊟

療養を担当した医師が意見をかくところ	㉑ 傷病名		㉒ 発病又は負傷の原因	
	㉓ 発病又は負傷 の年月日	年 月 日	㉔ 療養の給付を開始した 年月日	年 月 日
	㉕ 労務不能と 認めた期間	年 月 日 から 年 月 日まで	日間	㉖ 診療実日数 日間
	㉗ 傷病の主症状 および経過 概要			
	㉘ 上記のとおり相違ありません。		年 月 日	
医師 住所 氏名		電話 局 () 番	㊟	

委任状	㉙ 私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	金	年 月 日請求した傷病手当金・傷病手当附加金のうち 円也の受領に関すること。
	年 月 日	
被保険者の住所 氏名		㊟
代理人の住所 氏名		㊟
㉚ 振込希望の銀行 又は郵便局名	銀行 支店 (普通 当座)	郵便局

領収書	㉛ 金 円也但し	年 月 日
	うえの金額を領収いたしました。	
	健康保険組合理事長 殿	
受領者 住所 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。