

受付年月日	年 月 日	決 済					
同年月日	年 月 日	理事長	常務理事	事務長	担当者	担当者	
決裁年月日	年 月 日						
※支給支払決議書	支給額	円					
	支給開始	年 月 日					
	支給期間	自	年 月 日	資格取得			年 月 日
		至	年 月 日	資格喪失			年 月 日
	前回	始	年 月 日	標準報酬月額			千円(第 級)
		終	年 月 日	障害年金額・日額障害手当金額			円(日額 円)
				老齢(退職)年金額			円(日額 円)
			全部・一部			期間	
			不支額			理由	
			備考				

傷病手当金請求書 (第 回日)

①被保険者証記号・番号		②被保険者の業務の種類別		
③事務所名称及び所在地	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介護保険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 円 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	
	⑲年金を受けることとなった年月日	年 月 日	⑳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資格喪失者の方	⑳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	
	㉑老齢(退職)年金の名称	㉒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	㉓受給年月日	
			年 月 日	円
			年 月 日	円
			年 月 日	円
	㉔年金の合計額		円	
⑯振込希望の金融機関名	銀行	支店(普通)	口座名義(カナ)	
⑰ 上記のとおり請求します。			年 月 日	
被保険者の 住所 氏名				
麻生健康保険組合理事長 殿				

事業主	労務に服さなかった期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日 間
	上の期間中の分として支払う報酬関係	全額支給の場合	年 月 日 から の分 金 円 (日額) (月 日 支払) (金 円)
		一部支給の場合	年 月 日 から の分 金 円 (日額) (月 日 支払) (金 円)
	支給しない場合		
証明	上記のとおり相違ないことを証明いたします。 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名		

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	健自 保費 公費 其他	
	上記のとおり相違ありません。 年 月 日 住所(所在地) 医師 医療機関名 氏 名 電話 局() 番				

委任状	私は 年 月 日 請求した傷病手当金 円也の受領に関すること。 年 月 日 住所 被保険者の 氏名 住所 代理人の 氏名
	私は 年 月 日 請求した傷病手当金 円也の受領に関すること。 年 月 日 住所 被保険者の 氏名 住所 代理人の 氏名
振込希望の銀行	銀行 支店 (普通) 口座名義(カナ)

※1回目のみ勤務票(写)を添付