

(記入例)

| | | | | | | | |
|----------|-------|-------|-----------|----------------|-----|---------|---------|
| 受付年月日 | 年 月 日 | 決 済 | | | | | |
| 伺年月日 | 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 | |
| | | | 不支給 | | | 理由 | |
| | | | 備考 | | | | |

傷病手当金請求書

(第 1 回目)

| | | | | | |
|--|---|----------------------------|----------------------------|-----------------|----------------------------------|
| ①被保険者証記号・番号 | 11-110 | | ②被保険者の業務の種類別 | 営業 | |
| 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 | 15年 4月 1日 | | ⑤標準報酬月額 | 360 000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 | 17年 4月 1日 | | ⑨傷病名 | 肺炎 | |
| ⑩発病又は負傷の原因 | | | | | ⑪第三者行為によるものですか <u>いいえ</u> ・はい |
| ⑫労務に服することができなかった期間 | 17年 4月 1日から 17年 4月 30日まで | | 30 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年金の支給事由となった傷病名 | |
| | ⑳年金を受けることとなった年月日 | 年 月 日 | ㉑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 |
| | ㉒老齢(退職)年金の名称 | ㉓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 | ㉔受給年月日 | ㉕年金額 | |
| | | | 年 月 日 | 円 | |
| | | | 年 月 日 | 円 | |
| | | | 年 月 日 | 円 | |
| | ㉖年金の合計額 | | | | 円 |
| ⑯振込希望の金融機関名 | ○○ 銀行 △△△ 支店 (<u>普通</u> 0123) 口座名義(カナ) | | | | |
| ⑰ | 上記のとおり請求します。 | | | | 17年 5月 1日 |
| 被保険者の氏名 | 住所 飯塚市立岩12-34 健保 一郎 | | | | 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 | 17年 4月 1日 から 17年 4月 30日 まで | | 30 | 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 年 月 日 まで | の分 | 金 円 (日額) (月日支払) (金円) |
| | | 一部支給の場合 | 年 月 日 から 年 月 日 まで | 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。 17年 5月 1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 | | | | |
| 医師 | 住所(所在地) 医療機関名 氏名 | 電話 | 局() | 番 | |

| | | |
|---------|-------|-----------------------------|
| 委任状 | 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 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