

支給支払決議書	同年月日	平成	年	月	日
	決裁年月日	平成	年	月	日
	支払年月日	平成	年	月	日
	支給決定額				
	標準報酬月額	千円	標準報酬日額	円	支給日数
支給対象期間	年 月 日 ~ 年 月 日				

支給支払決議書		
常務理事	事務長	担当
資格	資格取得日	年 月 日
前回	資格喪失日	年 月 日
始	年 月 日	
終	年 月 日	

健康保険 傷病手当金請求書 (第 回目)

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号	事業所名称		
	—	仕事内容 (退職後の請求の場合は在職中の内容)	所属 内容	
	被保険者の	個人番号 (マイナンバー)		
		氏名	◎	生年月日 昭和・平成 年 月 日 日中連絡の取れる電話番号 — —
		住所	〒	
	傷病名	発病又は負傷年月日 (療養開始日) 年 月 日		
	発病又は負傷した原因について	第三者行為によるものですか? はい ・ いいえ		
	療養のために休んだ期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
	上記の期間における療養状況について詳しく	症状やどのように過ごしたのかを具体的に(通院状況・治療内容など)		
		医師からの指示内容		
障害年金等の受給について	① 今回の傷病により障害年金または障害手当金を受給していますか?	いいえ ・ 請求中 ・ はい	「請求中」又は「はい」の方は 受給事由傷病名の判る書類 (障害者手帳等) の写し + 請求中 … I 年金見込額照会回答票の写 はい … II 年金証書の写/直近の年金額が分かる書類の写 を添付して下さい。	
	② 障害年金または障害手当金の受給原因となった傷病名			
	③ 障害厚生(基礎)年金又は障害手当金の額	年額 円		
退職後の期間を請求される方	④ 休んだ期間に報酬(給与等)がありましたか	ない ・ ある	← ある場合は、⑤も記入	
	⑤ 報酬(給与等)の支払の基礎となった期間と金額	年 月 日 ~ 年 月 日まで	円	
	⑥ 年齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか?	いいえ ・ 請求中 ・ はい	←「請求中」又は「はい」の方は⑦に記入し、上記 I 又は II を添付して下さい。	
⑦ 公的年金の制度名と金額	年金制度名	年額	円	
振込銀行	銀行	支店	普・当 NO. 名義(ｶｯﾈｰ)	
受取代理人の欄	被保険者名義以外の口座に振込希望の場合は、被保険者(請求者)・代理人がそれぞれ記入・捺印のこと			
	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		請求者と代理人との関係	
	被保険者 氏名 (請求者)	◎	住所 〒 年 月 日	
代理人の氏名と印	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ◎	代理人の住所 〒		

事業所担当印

受付日付印

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	出勤は「○」、有給は「△」、公休は「公」、欠勤は「/」 でそれぞれ表示してください。														出勤	有給																		
	年 月 日から 年 月 日まで 日間	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
		年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
		年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	日
	給与の種類 (該当するものに○)	月給(固定給) ・ 日給 ・ 時給 _____ 円														給与締切日と支給日	日給 → 当・翌 日払 日給 → 当・翌 日払																		
	欠勤控除の有無	あり ・ なし	欠勤控除の算出方法・精算方法	算出式: _____ 円を _____ 年 _____ 月度給与で控除																															
	労務に服さなかった期間中の報酬を全額または一部支給した(する)場合、支給日ごとに記入(月給者は固定給以外の手当を記入)																																		
	報酬の名称	日額又は月額	支給対象期間														支給日	支給額																	
		円	月 日 ~ 月 日														/	日分 円																	
		円	月 日 ~ 月 日														/	日分 円																	
	円	月 日 ~ 月 日														/	日分 円																		
労務に服さなかった期間中の報酬の支給を (した ・ しない) 。 支給日以降、追って支給するものが (ある ・ ない) 。																																			
個人番号に誤りがないことを確認し、上記のとおり相違ないことを証明します。																		年 月 日 記入																	
所在地	事業所 名称 事業主名 ◎																																		

療養を担当した医師が意見を書くところ	① 傷病名と療養の給付を開始した年月日	傷病名	開始年月日 年 月 日																																
	② 発病又は負傷の年月日	年 月 日	③ 発病又は負傷の原因																																
	④ 労務不能と認められた期間	年 月 日 ~ 年 月 日 日間																																	
	⑤ ④の期間を含む月の入院期間	年 月 日 日間	⑥ 転記	治癒 ・ 継続 ・ 中止 ・ 転医																															
	⑦ ④の期間を含む月の外来診療日(○で囲む)	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日
		年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日
	⑧ ④の期間に行った療養内容 (投薬、検査、手術、療養の指示など、できるだけ詳しく記入してください) 投薬: □ あり (日分、 日分、 日分) ・ □ なし 通院指導の有無: □ あり (週間/ 回) ・ □ なし(理由:) 療養の指示内容・経過概要: (検査・手術を行った場合は、その内容についても記入してください)																																		
	⑨ ④の期間の診察から、従来の職種について労務不能と認められた医学的所見																																		
	⑩ 人工透析または人工臓器等を装着したときは記入	人工透析を実施または人工臓器の装着した日 年 月 日																																	
		人工臓器等の種類	ア: 人工肛門 イ: 人工膀胱 ウ: 人工関節 エ: 人工骨頭 オ: 心臓ペースメーカー カ: 人工透析 キ: その他 ()																																
上記のとおり相違ありません																																			
医療機関 名称	住所 (所在地) 〒 年 月 日																																		
医師 氏名	TEL — — ◎																																		