

※	同年月日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	会計	扱者								
	支払年月日	令和	年	月	日												
支支給払	支払額		拾万	万	千	百	拾	円									
	支給内訳	法定	2	款	項	目	日額	日数	拾万	万	千	百	拾	円	資格	得	年月日
		付加	—	100											喪	年月日	
	支給期間	法定	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	日間	支給開始	年月日	前	回	始
付加		令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	日間	備考	決定標準報酬	終	年月日		

傷病手当金
傷病手当付加金

請求書

健康保険

(第 回日)

被 保 險 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号	生年月日							
		番号	昭・平	年	月	日				
	被保険者 (請求者)の 氏名と印	事業所の 名 称								
	被保険者 (請求者) の住所	〒 TEL — —								
	傷病名	発病又は 負傷年月日 (療養開始日)		年	月	日				
	発病の状態又は 負傷の原因を 詳しく	第三者行為によるものですか 0: いいえ 1: はい								
	傷病又は負傷の 療養をするため休 んだ期間 (支給期間)	令和	年	月	日から	自 ※	年	月	日	日数
		令和	年	月	日まで	至 ※	年	月	日	
上記に書いた期間の部 分の報酬を受けました か、又は受けられます か	受けた	受けない	報酬の支払いを受けた(受 けられる)ときはその報酬 の額と、その報酬支払の基 礎となった(なる)期間		令和	年	月	日から	の分として	
	受けられる	受けられない			令和	年	月	日まで	円	
障害厚生年金又は障害手 当金を受給していますか	いいえ・請求中・はい		基 礎 年金番号	障害厚生年金又は障 害手当金の受給の原 因となった傷病名						

令和 年 月 日提出

※欄は記入しないで下さい

※受付印

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○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示してください。																																		
	年月日から	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	出勤	有給
		年月日まで	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	出勤
	うへの期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した場合又は支給する場合	(自)	年	月	日	(至)	年	月	日	日間	円	月	日	支払																						
		(自)	年	月	日	(至)	年	月	日	日間	円	日額	円																							
	現在までも又は将来も支給しない場合はその旨															月	日	支払																		
															日額	円																				
上記のとおり相違ないことを証明します。														令和	年	月	日																			
住所																																				
[事業主]														TEL — —																						
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 負傷の年月日	令和	年	月	日	療養の給付を開始した年月日	令和	年	月	日									
	発病又は負傷の原因																		
	労務不能と認められた期間	令和	年	月	日から	日間	左の期間中の 診療実日数	令和	年	月	日まで	日間							
	傷病の主状態および 経過概要 (詳しく)																		
	うへの期間中に入院した期間がある場合はその期間	令和	年	月	日から	日間	入院の費用の別	健保・公費	令和	年	月	日まで	日間	自費・その他					
	上記のとおり相違ありません。															令和	年	月	日
	住所(所在地)	〒																	
医師	医療機関名																		
	氏名																		
														TEL — —					

委 任 状	上記給付金の受領を右の者に委任します													
	令和 年 月 日													
	住所													
[事業主]														
被保険者名														
氏名														

・毎月25日までに健康保険組合に到着した分につきましては翌月給与に加算して支給致します。
(退職される場合等、翌月給与が支給されない方につきましては、お手数ですが健康保険組合宛ご連絡ください。)