	伺	年月	月			年	月			目	常務理事	事	务 長	2	<u>}</u>	計		係	
,	支	払年。	月日			年	月			目									
支	支	払	額		拾万	万	千 译	Ī	拾	円									
給	支	法定	<u>40</u>	款				_				拾	円	資格	得	套	F.	月	目
決	支給決定	定	60			<i>h</i> =	+ 士 /口 17△	- ∀ □	∧ ≡	en na 4	EII			格	喪	套	F.	月	目
議	の	付 加	<u>11</u>			健康保険組合 記入欄							前	前	始	套	F.	月	目
書	額	加	60											回	終	左	F.	月	日
	支給期間	法定		年	三月	日 ~	<u> </u>	年	月	日	日間	備	決定標準報酬						
		付 加		年	三月	日~		年	月	日	日間	考							

			傷	病手当金	• 傷症	手当金付	加金	請求書	(第	回目)		
	① ;	被保険者証	記号	番号	2)被保険者の	(フリカ゛ナ)	ナカムラ ハナ	=			
被保険者	(の記号・番号	保険証をご確認下さい			氏名と印		中村 花子	Ø			
		被 保 険 者の 住 所	₸	_			()	_				
	4	事 業 所 の 名 称	株式会社 中村屋					⑤業務の種別	り種別 事務職			
		発病又は負傷の年月日		〇年〇月〇	日	⑦傷病	名	,	胃潰瘍			
者が記	⑧ 発 病 又 は 負傷の原因 日頃から胃が痛く、薬を飲んでも良くならないため病院に行った。											
記入す	_	傷病又は負傷で する為休 ん だ							且開			
るところ	ア うえの⑨に書いた期間分の報酬 ・											
	の基礎となった(なる)期間 おける記憶を記載の事業形を仕畑した定め、上記のとされますした傷病手当 この欄は必ず記入して下さい。 年 振り込みは会社経由となりますので、代理人氏名は 株式会社 中村屋】と記入して下さい。											
15 47 1 1		マイナンバー記載証の記号番号を記		合は不要です)								

【注意事項】

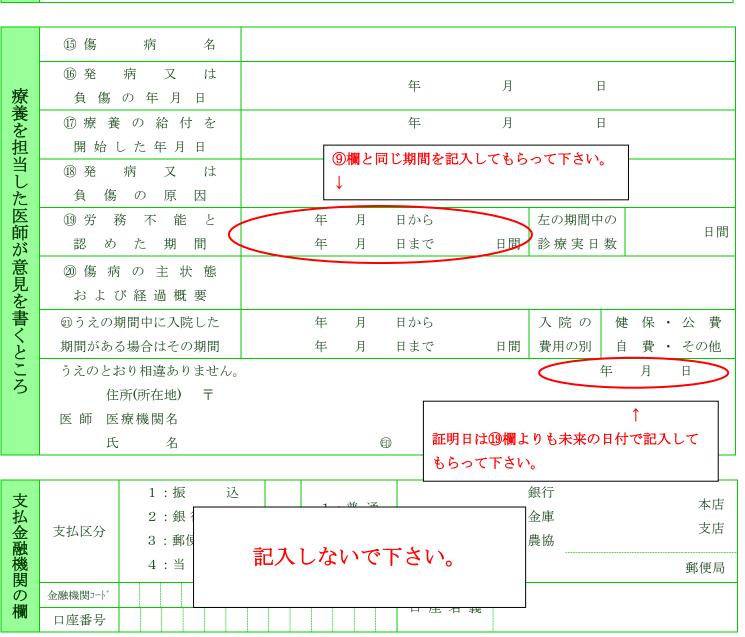
1. 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。

2. 提出された請求書については、返却・写しの送付等は一切致しません。(書類不備の場合を除く)

3. 傷病が第三者の行為によるものであるときは、別に、「第三者行為による傷病届」をこの請求書に添付してください。

·-----、 受付日付印

有給日
日 有 給
有給
目
番



【個人情報保護に関して】

※個人情報保護ポリシー(基本方針)に則り、取り組みを推進しています。

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。