

支給決議書	伺年月日		年 月 日					常務理事	事務長	会計	係
	支払年月日		年 月 日								
	支払額			拾万	万	千	百	拾	円		
	支給決定の額	法定	40	健康保険組合 記入欄	拾	円	資格	得	年 月 日		
			60					喪	年 月 日		
		付加	11					前回	始	年 月 日	
60			終						年 月 日		
支給期間	法定	年 月 日 ～ 年 月 日 日間						備考	決定標準報酬		
	付加	年 月 日 ～ 年 月 日 日間									

傷病手当金・傷病手当金付加金 請求書 (第 回 目)

被保険者が記入するところ	① 被保険者証の記号・番号	記号	番号	②被保険者の氏名と印	(フリガナ) ナカムラ ハナコ		
		保険証をご確認下さい			中村 花子	印	
	③ 被保険者の住所	〒 ー Tel () ー					
	④ 事業所の名称	株式会社 中村屋		⑤業務の種別	事務職		
	⑥ 発病又は負傷の年月日	〇年〇月〇日		⑦ 傷病名	胃潰瘍		
	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。					
	⑨ 傷病又は負傷で療養する為休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間					
	⑩	ア うえの⑨に書いた期間分の報酬(賃金)を受けましたか。又は受けられませんでしたか。					来
		イ 報酬支払を受けたとき、又は受けたときは、その報酬の額とその報酬の基礎となった(なる)期間					円
	⑪ 委任状		この欄は必ず記入して下さい。 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。				

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)										
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

【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

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。																																		
	⑫	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		日	日
	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	有 給
	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		日	日
	⑬上の期間中の 分として報酬 を得た場合	年 月 日 から	年 月 日 まで	円																																
		年 月 日 から	年 月 日 まで	円																																
		年 月 日 から	年 月 日 まで	円																																
		年 月 日 から	年 月 日 まで	円																																
	⑭現在までも又は将来も支給しない場合はその旨																																			
うえのとおり相違ないことを証明します。年 月 日																																				
住 所 〒																																				
事業主																																				
氏 名 ⑮ 電話 (局) 番																																				

療養を担当した医師が意見を書くところ	⑮ 傷 病 名																															
	⑯ 発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	年	月	日																												
	⑰ 療 養 の 給 付 を 開 始 し た 年 月 日	年	月	日																												
	⑱ 発 病 又 は 負 傷 の 原 因	⑨欄と同じ期間を記入してもらって下さい。 ↓																														
	⑲ 労 務 不 能 と 認 め た 期 間	年 月 日から	年 月 日まで	日間	左の期間中の 診療実日数	日間																										
	⑳ 傷 病 の 主 状 態 お よ び 経 過 概 要																															
	㉑うえの期間中に入院した 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 保 ・ 公 費 自 費 ・ その他																										
	うえ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 ⑰					↑ 証明日は⑨欄よりも未来の日付で記入して もらって下さい。																											

支払金融機関の欄	支払区分	1：振 込		1. 普通	銀行	本店
		2：銀行			金庫	支店
	3：郵便			農協		
金融機関コード						郵便局
口座番号						

【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。

〒151-0073 東京都渋谷区笹塚 1-50-9 中村屋健康保険組合 TEL:03-3481-5560 FAX:03-5454-7147