

同年月日	年月日	決裁年月日	年月日
支払年月日	年月日	常務理事事務長担当者台帳照合印	
支給額	拾万 千 百 拾 円	資格取得	年月日
支給内訳	円	資格喪失	年月日
付加	円	標準報酬月額	千円(第 級)
支給開始	年月日	障害年金額 障害手当金額	円(日額 円)
支給期間	自 年月日 日間 至 年月日	老齢(退職)年金額	円(日額 円)
前回支給期間	自 年月日 日間 至 年月日	全部・一部 不支給の理由	期間 年月日から 年月日 日間

健康保険 傷病手当金 請求書 (第 回目)
傷病手当付加金

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	㊟
③被保険者の現住所	〒	④被保険者の標準報酬月額	千円
⑤事業所の名称及び所在地	名称 日本貨物検数協会 支部 所在地		
⑥資格を取得した年月日	年月日	⑦被保険者の業務の種別	
⑧老人保健法の医療を受けた時	市町村番号	⑨介護保険のサービスを受けた時	被保険者番号
⑩発病または負傷の年月日	年月日	⑪傷病名	
⑫発病または負傷の原因(詳しく)		⑬第三者行為によるものですか	はい・いいえ
⑭労務に服することができなかった期間	年月日から 年月日まで	⑮上記期間の報酬の全部又は一部を受けた時、又は受けることができるときは、その報酬額及び期間	受けた報酬額 円 受けることができる報酬額 円
⑯障害年金、障害手当金を受けている時、又は受けることができる時	⑰年金の種別 障害年金・障害手当金 ⑱年金額	⑲年金を支給事由となった傷病名	
⑰任意継続被保険者の方	⑲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	⑳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	㉑受給年月日 ㉒年金額
⑱振込希望の銀行(任継者又は喪失者のみ記入)	銀行	支店 普通・当座 No.	

⑲ 上記のとおり申請いたします。
年月日 住所〒
被保険者の氏名 ㊟
日本貨物検数健康保険組合理事長 殿

⑳ 金 円也領収しました。
年月日
日本貨物検数健康保険組合理事長 殿
被保険者の住所〒
氏名 ㊟

受付日付印

事業主が証明するところ	⑳ 労務に服さなかった期間	年月日から 年月日まで 日間
	㉑出勤は○で、病休は×で、年休は年で、公休は公で、週休は週でそれぞれ表示してください。	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
⑳ 上記の期間中の分として報酬を「全額支給」した場合 または支給する場合 「一部支給」した場合 またはする場合	自 年月日 至 年月日 日間	支給額 日額 支払月日
		日間 円 円 月日
		日間 円 円 月日
		日間 円 円 月日
㉒ 現在までも、又将来も支給しない場合はその旨		
㉓ 上記のとおり相違ないことを証明します。	住所〒 事業主の氏名 ㊟ 電話 局() 番	年月日

⑳ 傷病名			
㉑ 発病又は負傷の原因			
㉒ 発病又は負傷の年月日	年月日	㉓ 療養の給付を開始した年月日	年月日
㉔ 労務不能と認められた期間	年月日から 年月日まで	㉕ 日間	㉖ 診療実日数 日間
㉗ 傷病の主症状及び経過概要(労務不能と認められる理由等)			
㉘ 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	㉙ 日間	㉚ 入院の費用の別 健保・自費・公費・その他
㉛ 上記のとおり相違ありません。	住所(所在地)〒 医師の氏名 ㊟ 電話 局() 番	年月日	

㉜ 私は 〃 を代理人と定め、次の権限を委任する。
年月日請求した傷病手当金・傷病手当付加金の受領に関すること。
年月日
被保険者の住所〒
(請求者) 氏名 ㊟
代理人の住所〒
氏名 ㊟
㉝ 振込希望の銀行 銀行 支店 普通・当座 No.

※請求月の賃金台帳・出勤簿の照合をいたしますので、必ず写しを添付してください。