

伺年 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 給 支 払 決 議 書	支払額				拾万 万 千 百 拾 円										
	支給 内 訳	法定	2/3	円	日数		拾万 万 千 百 拾 円	資格取得 年 月 日							
		—	—	円				資格喪失 年 月 日							
		付加	10/100	円				標準報酬月額 千円(第 級)							
	支給開始				年 月 日				障害年金額 円(日額 円)						
	支給期間				自 年 月 日 日間				障害手当金額 円(日額 円)						
前回支給期間				自 年 月 日 至 年 月 日 日間				老齢(退職)年金額 円(日額 円)							

記入例

健康保険 傷病手当金 請求書 (第1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) 0010		②被保険者の 氏名と印		健保 太郎		〇 [㊞] 。		
	③被保険者の 現住所		〒000-0000 〇〇県〇〇市...				④被保険者の 標準報酬月額		410千円		
	⑤事業所の名称 及び所在地		名称 日本貨物検数協会 〇〇支部		所在地						
	⑥資格を取得 した年月日		S〇〇年 〇月 〇日		⑦被保険者の 業務の種類別		現業課長, 内勤事務員, 検数員 など				
	⑧老人保健法の 医療を受けた時		市町村 番号		受給者 番号		発行 機関名				
	⑨介護保険のサ ービスを受けた時		保険者 番号		被保険者 番号		保険者 名称				
	⑩発病または 負傷の年月日		平成30年 5月 15日		⑪傷病名		肝硬変				
	⑫発病または 負傷の原因 (詳しく)		7, 8年前から肝炎の治療をしていたが、今年の5月中頃より体調が悪く、診察の結果肝硬変になっていた。					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		R5年 6月 7日から R5年 7月 31日まで					55日間			
	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		R5年 6月 7日から R5年 7月 20日まで					44日間			
		受けた報酬額 500,000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年金の種類別		障害年金・障害手当金		⑱年金額					
		⑲年金を受けること となった年月日		年 月 日		⑳障害年金を受けている場合は 基礎年金番号・年金コード					
⑳任意 資格 喪失 者 の 方		㉑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					はい・請求中・いいえ				
		㉒老齢(退職)年金の名称		㉓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		㉔受給年月日		㉕年金額			
						年 月 日		円			
						年 月 日		円			
						年 月 日		円			
				㉖年金の合計額		円					
㉗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.									
㉘上記のとおり申請いたします。 令和5年 8月 11日 被保険者の住所 〒000-0000 〇〇県〇〇市... 日本貨物検数健康保険組合理事長 殿 氏名 健保 太郎 ㊞											

受 領 書	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 〒000-0000 〇〇県〇〇市... 氏名 健保 太郎 ㊞	直接払いの時 受付日付印
-------------	--	-----------------

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	㉑労務に服さなかった期間		令和5年 6月 7日から 令和5年 7月 31日まで		55日間	
			㉒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			
	㉓R5年6月				年 年 年 週 公 年 年 年 年 年 週 公 年 年 × × × × 公 × × × × ×	
	㉔R5年7月		× 公 × × × × × × × 公 × × × × × × 公 公 × × × × × × × 公 ×			
	㉕年 月					
	㉖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	
			R5 6 7 R5 6 30 24日間		273,000円 11,375円 6月23日	
			R5 7 1 R5 7 20 20日間		227,000円 11,350円 7月25日	
					日間 円 円 月 日	
				日間 円 円 月 日		
㉗現在までも、又将来も 支給しない場合はその旨		7月21日以降は、現在までも、又将来も支給しない。				
㉘上記のとおり相違ないことを証明します。 事業主の住所 〒104-0045 東京都中央区築地1丁目10番3号 氏名 日本貨物検数協会 会長 〇〇 〇〇 ㊞		令和5年 8月 12日				

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を 書 く と こ ろ	㉙傷病名		本部で確認した日	
	㉚発病又は負傷の原因			
	㉛発病又は負傷の 年月日		㉜療養の給付を 開始した年月日	
	年 月 日		年 月 日	
	㉝労務不能と 認めた期間		R5年 6月 7日から R5年 7月 31日まで	
	55日間		㉞診療実日数	
			55日間	
	㉟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)			
	㊱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	
			㊲入院の費用の別 健保・自費・公費・その他	
㊳上記のとおり相違ありません。		年 月 日		
住所(所在地) 〒 医師の医療機関名 氏 名 電話 局() 番 ㊞				

委 任 状	㊴私は 会長 〇〇 〇〇 を代理人と定め、次の権限を委任する。 令和5年 8月 11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。 令和5年 8月 12日	
	被保険者の住所 〒000-0000 〇〇県〇〇市... (請求者) 氏名 健保 太郎 ㊞ 住所 〒104-0045 東京都中央区築地1丁目10番3号 代理人の氏名 日本貨物検数協会 会長 〇〇 〇〇 ㊞	
	㊵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。