

支給支払決議書 (健康保険組合使用欄)

伺年月日		年 月 日			決定年月日			年 月 日						
支給額							常務理事	事務長	担当者	資格	得	年	月	日
											喪	年	月	日
支給期間	年 月 日	年 月 日	日間	月	額	千円				前回	始	年	月	日
											終	年	月	日
							入院				年	月	日	日間
							期間				年	月	日	

健康保険 傷病手当金請求書 (第 回目)

(注意事項)

3. 2. 1. 事業主から休んだ期間について証明を受けてください。会社をやめてからの期間については必要ありません。
 2. 資格喪失者(退職者)は銀行振込しますので振込先欄(被保険者名義)を必ず記入してください。年金額は支給額から控除します。
 3. 障害年金・障害手帳を受けている場合は障害年金証書の写しをつけてください。年金額は支給額から控除します。

被保険者証の記号番号		被保険者の氏名		①		
被保険者の住所		〒		電話		
事業所の	名称					
	所在地	〒				
被保険者資格取得年月日	年 月 日	被保険者の業務の種別		被保険者の標準報酬月額	千円	
発病又は負傷発生日	年 月 日	傷病名				
発病の状態又は負傷の原因を詳しく	(いつ) 年 月 日 午前・後 時 分ごろ (どこで) (何のために、何をして)			第三者によるものですか いいえ・はい		
疾病又は負傷の治療をするため休んだ期間	年 月 日～ 年 月 日 (日間)					
年金受給状況	老齢年金	・老齢厚生年金	円/年	障害年金	・障害厚生年金	円/年
		・老齢基礎年金	円/年		・障害基礎年金	円/年
		計	円/年		計	円/年
	年金を受給した年月日	年金証書の記号番号	障害年金支給事由となった傷病名			
	年 月 日					
報酬支払いを受けたとき、又は受けられるときは、その額とその報酬額支払いの基礎となった(なる)期間		年 月 日～ 年 月 日の分として		円		
上記の期間中に入院した期間がありますか				ある・ない		
入院した期間があるときは	病院名	病院所在地				
	入院した期間	年 月 日～ 年 月 日 (日間)				
	健保で入院か 自費で入院か	健保・自費・その他	被扶養者がいますか	いる・いない		
払渡希望の銀行等	銀行(フリガナ)		本店	口座番号		
	ふりがな 口座名義	金庫	支店			

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)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

健康保険 傷病手当金請求書 (第 回目) No. 2

診療を担当した医師が意見を書くところ	傷病名			発病又は負傷の原因				
	発病又は負傷の年月日	年	月	日	療養の給付を開始した日	年 月 日		
	労務不能と認めた期間	年	月	日	～	年 月 日 (日間)	左記期間の 診療日数	日間
	傷病の主状態及び経過概要							
	上記期間中に入院した期間がある場合の入院期間	年 月 日～ 年 月 日 (日間)						
	上記入院期間の内訳	健保	年	月	日	～	年 月 日 (日間)	
		自費	年	月	日	～	年 月 日 (日間)	
その他		年	月	日	～	年 月 日 (日間)		
上記のとおり相違ありません。								
年 月 日								
所在地								
医療機関の 名称								
担当医師名								
TEL								
事業主記入欄	労務に服さなかった期間		年 月 日～ 年 月 日 (日間)					
	上記期間中の分として 支払う報酬関係	全額支給した (する) 場合	年 月 日～ 年 月 日までの期間分 _____円を ____月 ____日支払					
		一部支給した (する) 場合	年 月 日～ 年 月 日までの期間分 _____円を ____月 ____日支払					
		支給時期	支給した・支給してない・支給する・支給しない					
上記のとおり相違ありません。								
年 月 日								
所在地								
事業主の 名称								
代表者名								
TEL								