

支給支払決議書 (健康保険組合使用欄)

記入例

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	日間							前	始	年	月	日
											回	終	年	月	日
		年 月 日		日間	月	千円		入院	年 月 日		日間				
		年 月 日		日間	月	千円		入院	年 月 日		日間				

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。
 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。
 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		1234	56	被保険者の氏名		健保 太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 健保			
被保険者の住所		〒〇〇〇-×××× 東京都練馬区〇〇-△△-××				電話 03-1234-5678					
事業所の	名称	(株)日本ハウスホールディングス									
	所在地	〒〇〇〇-×××× 東京都千代田区飯田橋四丁目3番8									
被保険者資格取得年月日		57年 4月 1日		被保険者の業務の種別		被保険者の標準報酬月額		380 千円			
発病又は負傷発生日		24年 9月 15日		傷病名		鎖骨骨折					
発病の状態又は負傷の原因を詳しく		(いつ) 24年 9月 15日 午前・(後) 1時 30分ごろ (どこで) 子どもとスケートをしている時 (何のために、何を) 誤って転倒し負傷						第三者によるものですか <input checked="" type="checkbox"/> いいえ・はい			
疾病又は負傷の治療をするため休んだ期間		24年 9月 17日～24年 9月 30日 (14 日間)									
年金受給状況	老齢年金	・老齢厚生年金		0 円/年		障害年金	・障害厚生年金		0 円/年		
		・老齢基礎年金		0 円/年			・障害基礎年金		0 円/年		
	計		0 円/年		計		0 円/年		0 円/年		
年金を受給した年月日		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				無		無					
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・ <input checked="" type="checkbox"/> 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		〇〇 銀行 (フリガナ) 金庫 ふりがな けんぼたろう 口座名義 健保太郎		×× 本店 支店		口座番号 0 0 0 0 0 0 0					

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)

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