

支給支払決議書				担当者	事務長	常務理事
支給額	円			資格取得	昭・平・令	年 月 日
支給開始	令和	年	月 日	資格喪失	令和	年 月 日
支給期間	自令和	年 月 日	日間	標準報酬月額	千円	
前回	始	令和	年 月 日	備考		
	終	令和	年 月 日			

傷病手当金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証号・番号	1 - 1234	被保険者が勤務している事業所	中日新聞社		
	介護保険法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		
	発病又は負傷年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日 令和	傷病名	■■■■		
	発病又は負傷原因				第三者行為によるものですか	
					はい・いいえ	
	労務に服することができなかった期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日から令和〇〇年〇〇月〇〇日まで〇〇日間				
	上記期間に報酬を受けた時又は受けることが出来る場合はその報酬額と期間	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日から			円	
		令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで				
	障害年金又は障害手当金を受給しているか	はい いいえ 請求中	年金支給の要因となった傷病名			
	受給している場合どちらを受給しているか	障害年金 障害手当金				
	「はい」又は「請求中」と答えた場合	基礎年金番号	年金コード	支給開始年月日	年金額	
	基礎年金番号・年金コード 支給開始年月日・年金額			平成 年 月 日 令和	円	
	任意継続者・資格喪失者の方で傷病手当金を申請する場合年齢又は退職を事由とする公的年金を受給しているか	はい	いいえ	請求中		
	「はい」又は「請求中」と答えた場合	基礎年金番号	年金コード	支給開始年月日	年金額	
	基礎年金番号・年金コード 支給開始年月日・年金額			平成 年 月 日 令和	円	
振込希望の金融機関名	金庫 銀行 組合		普通 支店 当座	No.		
上記のとおり請求します。また、今回請求した傷病手当金について、保険給付の支給決定をするための参考として、当保険組合が医療機関及び関係機関に照会することに同意します。						
住所	〒 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号					
被保険者氏名	中日 一郎		印	中日新聞社健康保険組合 殿		

労務に服することが出来なかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等を記入してください。

		勤務状況(出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は/で表示して下さい。)																												出勤	有給				
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	日	日
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	日	日
事業主が証明するところ		労務に服することが出来なかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か? <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ																				給与の種類 (○で囲んで下さい。)						賃金計算							
		月給		日給		日給		月給		締日		日																							
		時間給		歩合給		その他		支払日		日																									
		労務に服することが出来なかった期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を記入して下さい。																																	
		区分	期間	単価	月 日～ 月 日分 支 給 額	月 日～ 月 日分 支 給 額	●賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入して下さい。																												
		支給した(する)賃金内訳	基準内賃金																																
			通勤手当																																
			手当																																
			手当																																
			手当																																
			その他																																
			計																																
		上記のとおり相違ないことを証明します。																								担当者氏名									
		令和 年 月 日																																	
		事業所所在地																																	
		事業所名称																																	
		事業主氏名																								印									

給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

委任状	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		令和 年 月 日
	被保険者 (申請者)	住所 氏名	印
	代理人	住所 氏名	印
	振込希望の 金融機関名	金庫 銀行 組合	支店 普通 当座 No.

患者氏名			
傷病名		療養の給付 開始年月日(初診日)	
平成 年 月 日 発病または 負傷		平成・令和 年 月 日	
令和 年 月 日から 発病または 負傷の原因 日間			
令和 年 月 日まで			
労務不能と認められた期間		療養費用の別	
令和 年 月 日から 日間 入院		健保 自費 公費() その他	
令和 年 月 日まで		転 帰 治癒 繰越 中止 転医	
診療実日数	日	診療日を ○で囲ん でくださ い。	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
			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
		手術年月日	令和 年 月 日
		退院年月日	令和 年 月 日
療養を担当した医師が意見を記入するところ			
労務不能と認められた期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)			
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見			
上記のとおり相違ありません。		令和 年 月 日	
医療機関の住所			
医療機関の名称			
医師の氏名		印	
		電話 ()	