

支給決定 支出決議書	常務理事	事務長	係	1枚目									
	標準報酬月額	支給期間			支給日数	回数	支給決定額					決議	
	,000	自	年	月	日	日間							
	前回までの 支給期間	自	年	月	日	日間							
	入院期間	自	年	月	日	日間	全部・一部 不支給	期間	年 月 日から 日間				
	資格期間	取得	年	月	日	喪失		年	月	日まで	理由		
(備考)												年 月 日	

健康保険 傷病手当金申請書(第 回目)

被 保 険 者 記 入 欄	① 記号番号	—	② 被保険者の 氏名	③
	④ 被保険者の 現住所			
	⑤ 事業所の 名称			
	⑥ 資格取得日	年 月 日	⑦ 被保険者の 業務 (具体的に)	
	⑧ 発病又は 負傷年月日	年 月 日	⑨ 傷病名	
	⑩ 発症又は負傷 の原因を詳しく			
	⑪ 第三者行為に よるものですか	はい・いいえ	※「はい」の場合は届け出が必要ですので事前にご連絡ください。	
	⑫ 疾病又は負傷の療養を するために休んだ期間	年 月 日	年 月 日	日から 日間 日まで
	⑬ 上記期間中に事業主から 報酬を受けましたか	はい・いいえ	左記で「はい」の方 は期間中の報酬を ご記入ください	年 月 日から 年 月 日まで の分として 円
	⑭ 入院した期間 がある場合	イ) 病院又は診療所名		
		ロ) 所在地		
		ハ) 入院した期間	年 月 日から	年 月 日まで 日間
	⑮ 障害年金・ 障害手当金について	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 受給資格なし		※受給中の場合は「年金証書(写)」「年金振込通知書(写)」等 受給開始年月日と年金額を確認できる書類の添付が必要です。
	⑯ 上記にて「受給中」 又は「請求中」の場合	基礎年金番号		年金額(年額) 円
傷病名				
⑰ 傷病手当金の決定をするにあたり、健康保険組合が関係機関等へ照会すること、 また関係機関等が回答することに対して同意します。なお、本書の写しも有効である ことを認めます。			被保険者名 氏名	

(事業所所属の方) ⑱ 委任状	上記請求金額の受領を _____ に委任する。 年 月 日 被保険者氏名
	(任意継続の方) ⑲ 領収書
⑳ 振込希望銀行名	銀行 支店 普通・当座 口座番号()
※事業所所属の方は 記入不要	(フリガナ) 口座氏名

事業主記入欄	① 労務に服さなかった期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	
	② 上記期間中の分として支払う報酬関係	イ) 全額支給した場合 又は支給する場合	年 月 日 から 年 月 日 まで	の分 (月 日支払) 円
		ロ) 一部支給した場合 又は支給する場合	本給	円 月 日 ~ 月 日 (日分)
			交通費	円 月 日 ~ 月 日 (日分)
			家族手当	円 月 日 ~ 月 日 (日分)
ハ) 現在までも又将来も支給しない場合はその理由	円 月 日 ~ 月 日 (日分)	円 月 日 ~ 月 日 (日分)	円 月 日 ~ 月 日 (日分)	円 月 日 ~ 月 日 (日分)
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 事業主所在地 事業主名称 事業主氏名 TEL : - -				
※押印を省略する場合、事業主が以下の内容を確認し、確認欄にチェックして下さい。				
確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。			
<input type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。			

療養担当医師の意見記入欄	②③ 傷病名	②④ 初診日	年 月 日	
	②⑤ 発病又は負傷年月日	年 月 日	②⑥ 発病又は負傷の原因	
	②⑦ 労務不能と認められた期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	②⑧ 診療実日数
	②⑨ 外来診療日に○を	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	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	
		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	
	②⑩ 上記②⑦の期間のうち入院期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	②⑪ 入院費用の別 健保・自費・公費
	②⑫ 主たる症状及び経過(出来るだけ詳しく)			
	②⑬ 症状経過からみて労務不能と認められた医学的所見			
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名称 医師の氏名 TEL : - -			