

支給額										円
内訳	傷病手当金									円
	傷病手当付加金									円
支給開始	平成 年 月 日									
支給期間	平成 年 月 日									
	平成 年 月 日									
前回	平成 年 月 日									
	平成 年 月 日									
標準報酬月額	千円 (第 等級)									
障害年金等の金額	円 (日額 円)									

決議	常務理事	常務理事補佐	事務長	担当者	台帳照合印
受付年月日	平成 年 月 日				
同年月日	平成 年 月 日				
決裁年月日	平成 年 月 日				
資格取得日	年 月 日				
資格喪失日	平成 年 月 日				
支払年月日	平成 年 月 日				
備考					

*上記枠内は記入しないで下さい。

傷病手当金・傷病手当付加金 請求書 (第 回目)

被保険者が記入するところ	① 被保険者証記号番号	記号 番号			② 被保険者の業務の種別		
	③ 傷病名				④ 発病又は負傷の年月日	平成 年 月 日	
	⑤ 発病又は負傷の原因						
	⑥ 労務に服することができなかった期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 () 日間					
	⑦ 上記期間の報酬の全部又は一部を受けることができるときはその報酬額及び期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 () 日間					
	⑧ 障害厚生年金又は障害手当金を受けられるとき	a 年金の種別		障害厚生年金・障害手当金		b 年金額	円
		c 年金の支給事由となった傷病名					
		d 年金を受けることとなった年月日		平成 年 月 日			
		e 障害年金証書の記号番号					
		⑨ 老人保健法の医療を受けたとき		市町村番号	受給者番号	発行機関名	
⑩	上記のとおり請求します。					平成 年 月 日	
日本ケミコン健康保険組合 理事長 殿 住所 被保険者 氏名 () 電話 ()							

療養を担当した医師が意見を書くところ	⑪ 傷病名				⑫ 発病又は負傷の原因	
	⑬ 発病又は負傷の年月日	平成 年 月 日			⑭ 療養給付開始年月日	平成 年 月 日
	⑮ 労務不能と認めた期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 日間			⑯ 診療実日数	日間
	⑰ 傷病の主症状経過概要					
	上記のとおり相違ありません。 住所 職名 (医師) 氏名 () 電話 ()					

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			平成 年 月 日	受付日付印
	被保険者 (申請者)	住所 _____ 氏名 _____	Ⓜ		
	代理人	住所 _____ 氏名 _____	Ⓜ	委任者と代理人の関係 [_____]	
	振込希望の金融機関	銀行・金庫・農協	支店	普通当座	第 号

氏名

傷手 No.3-3

基本給+是正給		円	④標準報酬月額	千円(⑤)	円		
諸手当	①諸手当	円	⑥日額(③÷30)		円		
	②欠勤控除対象手当	円	《備考》				
③合計		円					
労務に服さなかった期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 日間					
労務不能期間中の就労状況		(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					
○有給 ×欠勤 □休日 (何れかを記入してください)		(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					
労務不能以外は=線で抹消する		(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					
⑦給与が全額支給の場合の理由							
給与に一部支給がある場合	⑧()月分給与	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		⑨(稼働日数)日			
	⑩⑧中の欠勤開始~終了	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		⑪(暦日数)日			
	⑫⑩中の就労状況	有給()日 ⑬欠勤()日 休日()日					
	計算内訳	一部支給期間	計算式		1日当たりの額		
		/ ~ /	①	円	×⑬	日 ÷⑪	円
			⑨	日			
	⑭()月分給与	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		⑮(稼働日数)日			
	⑯⑭中の欠勤開始~終了	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		⑰(暦日数)日			
⑱⑯中の就労状況	有給()日 ⑲欠勤()日 休日()日						
計算内訳	一部支給期間	計算式		1日当たりの額			
	/ ~ /	①	円	×⑲	日 ÷⑰	円	
		⑮	日				
⑳給与を支給しない場合の理由							
備考							
上記のとおり相違ないことを証明します。							
平成 年 月 日							
住所							
事業主							
氏名							
電話 ()							

標準報酬月額	千円(/ ~ 千円)		備考					
労務不能期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 日間							
	日数①	法定日額②	給与日額③	差引支給額④	法定支給額①×④	付加日額⑤	差引支給額⑥	付加給付額①×⑤又は⑥
*健保組合使用欄 支給計算内訳	/ ~ /							
	/ ~ /							
	/ ~ /							
	/ ~ /							
	/ ~ /							
	/ ~ /							
	/ ~ /							
	合計							

*欄は、記入しないでください。