

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 日間									
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)									

*上記枠内は記入しないで下さい。

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			
	伺年月日	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				

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	技術員		
	③ 傷病名	胃潰瘍		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	食事の際に痛みや吐き気があるが原因は不明				
	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られ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 受ける報酬額 ○○○○○○円				
	⑧ 障害厚生年金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 東京都○○市○○町○○丁目○○番地○○号 被保険者 氏名 健保 裕次郎 (印) 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。平成 年 月 日 住所 _____ 職名 (医師) 氏名 _____ (印) 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 _____ (印)		
	代理人 住所 _____ 氏名 _____ (印)	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 第 号

氏名				傷手 No.3-3	
事業主が証明するところ	基本給+是正給	〇〇〇〇〇〇 円	④標準報酬月額	〇〇〇 千円 (⑤〇〇〇〇) 円	
	諸手当	①諸手当 〇〇〇〇〇 円	⑥日額 (③÷30)	〇〇〇〇〇 円	
		②欠勤控除対象手当 〇〇〇〇〇 円	《備考》		
		③合計 〇〇〇〇〇〇 円			
	労務に服さなかった期間	平成〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 平成〇〇年〇〇月〇〇日 〇〇 日間			
	労務不能期間中の就労状況	<p>(〇〇 月) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15</p> <p>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31</p> <p>(〇〇 月) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15</p> <p>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31</p> <p>(月) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15</p> <p>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31</p> <p>(月) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15</p> <p>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31</p>			
	〇有給 ×欠勤 □休日 (何れかを記入してください) 労務不能以外は=線で抹消する				
	⑦給与が全額支給の場合の理由	〇月〇日~〇月〇日まで有給により全額支給			
	給与に一部支給がある場合	⑧ (〇〇) 月分給与	平成〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 平成〇〇年〇〇月〇〇日	⑨(稼働日数 〇〇 日)	
		⑩⑧中の欠勤開始~終了	平成〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 平成〇〇年〇〇月〇〇日	⑪(暦日数 〇〇 日)	
⑫⑩中の就労状況		有給 (〇〇 日) ⑬欠勤 (〇〇 日) 休日 (〇〇 日)			
計算内訳		一部支給期間	計算式		1日当たりの額
		〇〇/〇〇~〇〇/〇〇	① 〇〇〇〇 円 ⑨ 〇〇 日 × ⑬ 〇〇 日 ÷ ⑪ 〇〇 日		〇〇〇〇 円
⑭ (〇〇) 月分給与		平成〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 平成〇〇年〇〇月〇〇日	⑮(稼働日数 〇〇 日)		
⑯⑭中の欠勤開始~終了		平成〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 平成〇〇年〇〇月〇〇日	⑰(暦日数 〇〇 日)		
⑱⑯中の就労状況		有給 (〇〇 日) ⑲欠勤 (〇〇 日) 休日 (〇〇 日)			
計算内訳	一部支給期間	計算式		1日当たりの額	
	〇〇/〇〇~〇〇/〇〇	① 〇〇〇〇 円 ⑮ 〇〇 日 × ⑲ 〇〇 日 ÷ ⑰ 〇〇 日		〇〇〇〇 円	
⑳給与を支給しない場合の理由	〇月〇日~〇月〇日までは、給与(賃金)規程第〇条により支給しない				
備考					
上記のとおり相違ないことを証明します。					
平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日					
住所 東京都〇〇区〇〇町〇〇丁目〇〇番地〇〇号					
事業主 氏名 〇〇〇〇株式会社 代表取締役社長 〇〇〇〇 (印)					
電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇					

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							
*健保組合使用欄 支給計算内訳	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
	/ ~ /							
	/ ~ /							
	/ ~ /							
	/ ~ /							
	/ ~ /							
	/ ~ /							
	/ ~ /							
	合計							

* 欄は、記入しないでください。