

※支給支払決議書				発議		年 月 日		決議		年 月 日	
傷病手当金支給額	円			資格取得喪失	年 月 日		常務理事	事務長	会計係	給付係	庶務係
同上付加金支給額	円				年 月 日						
合計支給額	円			支給開始日		年 月 日					
平均標準報酬月額		年 月～年 月；		月平均		円(①)		日額(①÷30)		円	
全加入者平均標準報酬月額		年 9月末；				円(②)		日額(②÷30)		円	
支給額算定基礎日額		円(A)									
支給期間		年 月 日～年 月 日(日間)									
不支給期間		年 月 日～年 月 日(日間)		待機3日/有給/()							
傷病手当金計算基礎	支給日額(A) × 給付率 × 支給日数 - 一部不支給額 = 支給額							備			
	円 × 2 / 3 × 日 - 円 = 円							考			
傷病手当金付加金計算基礎	支給日額(A) × 給付率 × 支給日数 - 一部不支給額 = 支給額							備			
	円 × 0.15 × 日 - 円 = 円							考			

健康保険 傷病手当金・傷病手当金付加金請求書

(第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者の記号番号	-----	②被保険者（請求者）の氏名及び印	㊞	③生年月日	昭和 平成 年 月 日		
	④事業所の名称					⑤被保険者の資格を取得した日	昭和 平成 令和 年 月 日	
	⑥被保険者の住所	〒 - (電話) () -					⑦標準報酬月額	千円
	⑧傷病名			⑨発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日	⑩被保険者の業務の種別		
	⑪発病の状態又は負傷の原因を詳しく						⑫第三者行為によるものですか	いいえ ・ はい
	⑬疾病又は負傷の療養をするため休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間						
	⑭上の⑬に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか	受けた ・ 受けられる ・ 受けない ・ 受けられない						
	⑮報酬の支払を受けた（受けられる）ときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった（なる）期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		の分として 円				
	⑯障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	いいえ・請求中・はい		基礎年金番号	障害厚生年金又は障害手当金の受給の原因となった傷病名			
	任意継続被保険者の方へ	⑰老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか	いいえ ・ 請求中 ・ はい				年 月 日提出	
	⑱受給しているときはその	年金コード又は記号番号もしくは番号	年 金 額		受 付 日 付 印			
			円					
			円					
		年 金 の 合 計 額	円					

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示してください																																	
	年	月	日から	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	日まで	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	日間	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
	うへの期間中の分として支払う報酬関係						自	年	月	日至	年	月	日の分として																		円					
							自	年	月	日至	年	月	日の分として																		円					
							自	年	月	日至	年	月	日の分として																		円					
							自	年	月	日至	年	月	日の分として																		円					
上記の通り相違ないことを証明します。 年 月 日 住 所 事業主 氏 名 Ⓜ																																				

療養を担当した医師が意見を書くところ	傷 病 名																																
	発病又は負傷の年月日		年 月 日				療養の給付を開始した年月日				年 月 日																						
	発病又は負傷の原因																																
	労務不能と認めた期間		令和 年 月 日から 日間				令和 年 月 日まで				左の期間中の診療実日数				日間																		
	傷病の主状態及び経過概要																																
	うへの期間中に入院した期間がある場合はその期間		令和 年 月 日から 日間				令和 年 月 日まで				入院の費用別				健 保・公 費 自 費・その他																		
	上記の通り相違ありません。 年 月 日 住所（所在地） 医 師 医 療 機 関 名 氏 名 電 話 （ ） — Ⓜ																																

受領代理人の欄	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。 年 月 日 住所 被保険者（請求者）氏 名 Ⓜ																															
	代理人の氏名と印		Ⓜ																委任者と代理人との関係													
	代理人の住所		〒 — 電話（ ） —																													

支払先金融機関			銀 行 金 庫 農 協		店																											
	預金種別		普 通 ・ 当 座 ・ （ ）		口座番号																											
	口座名義		フリガナ																													