A3横で出力

NO.

伺	令和　年　月　日	決　議	令和　年　月　日	常務理事	事務長	事務次長	担当者	被扶養者台帳照合印

支給決議書（健保が記入）

支給額	百万　千　円							
支給期間	年　月　日 ～ 年　月　日　日間	資格	得	年　月　日	前回	始	年　月　日	
			喪	年　月　日		終	年　月　日	
日額	×2/3＝　　×　日＝　円	入院期間	年　月　日 ～ 年　月　日　日間					
支給開始	令和　年　月　日	標準報酬月額	，０００円					
		備考						

傷病手当金請求書

（第　回目）

被保険者が記入するところ

被保険者等記号と番号	記号－番号	個人番号（マイナンバー）記号・番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	○○ － ○○○○	－	－	
被保険者の氏名	(フリガナ) キョウドウ　タロウ 共同　太郎	生年月日	昭・平・令　○　年　○　月　○　日	
被保険者の現住所	△△県△△市△△町△－△－△	電話（　○○　）○○○○－○○○○		
事業所の名称	○○株式会社	職場名	○○部○○課	
発病または負傷の年月日	令和　○　年　○　月　○　日	傷病名	右足首骨折	
①発病の状態または負傷の原因を詳しく	4月4日午後9時ごろ、自宅階段より足を踏み外し右足首を捻った。 翌日、痛みと腫れが引かないので、○○整形外科を受診。レントゲン検査の結果「右足首骨折」と診断され、入院加療のため休業した。			
療養のため休んだ期間	令和　○　年　○　月　○　日から　令和　○　年　○　月　○　日まで　○　日間			
②入院期間があるとき	病院名	○○整形外科	病院の所在地	××県××市××町×－×－×
	入院した期間	令和　○　年　○　月　○　日から　令和　○　年　○　月　○　日まで　○　日間		
	交通事故などの第三者行為によるものですか	いいえ・はい		
③休んだ間の賃金期	休んだ期間の賃金（報酬）を受けましたか？	受けた・受けない	又は、受けられますか？	受けられる・受けられない
	賃金支給を受けた（られる）ときは、その賃金の額とその支給の基礎となった（なる）期間	令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで　の分として　円		
④障害年金、障害手当金を受けているとき、又は受けることができるとき	㋐年金の種別	障害年金・障害手当金	㋑年金額	㋒年金の支給事由となった障害名
	㋓年金を受けることとなった年月日	年　月　日	㋔障害年金を受けている場合は基礎年金番号・年金コード	
⑤任意継続被保険者失業者の方	㋕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	はい・請求中・いいえ		
	名称	㋖基礎年金番号及び年金コード又は記号番号若しくは番号	㋗受給年月日	㋘年金額
			年　月　日	円
			年　月　日	円
			㋙年金の合計額	円

kenpo:
共同印刷㈱の方は給与に合算して支給の為、必ず委任状をご記入ください。

受領に関する欄

委任状

本請求に基づく給付金の受領を下記の代理人に委任します

代理人氏名　共同印刷㈱

被保険者(請求者)氏名　共同　太郎

受付日付印

銀行振込希望の場合に記入

○○	銀行	○○	
普通・当座	口座No.	○○○○○○○	

kenpo:
共同印刷㈱以外の方は健保から直接振込みますのでご記入ください。

（健康保険法施行規則第五十七条）

（被保険者の注意事項）

3. 2. 1.
①欄は、「いつ、どこで、なにを、どうして、どこが、どうした」というように詳しく記載して下さい。
②欄は、療養のため休んだ期間中に入院した期間があるときに記入。
③欄は、現在までのことを「受けた」「受けない」に、将来のことを「受けられる」「受けられない」にわけて、○で囲んで下さい。

4.
給付金の受領を代理人（家族、事業主等）に委任するときは、下段の「委任状」に署名して下さい。

事業主が証明するところ

労務に服さなかった期間		令和　○　年　○　月　○　日から　令和　○　年　○　月　○　日まで　○　日間
⑥上記の期間中の分として支払う報酬関係	㋐全額支給した場合、又は支給する場合	令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで　の分として　金　円（　月　日支払）（日額　金　円）
	㋑一部支給した場合、又は支給する場合	令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで　の分として　金　円（　月　日支払）（日額　金　円）
	㋒現在までにも又、将来も支給しない場合は、その旨	現在までも、将来も支給しない

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　○　年　○　月　○　日

事業主
住所　△△県△△市△△町△－△－△
氏名　○○株式会社
電話　○○　局（○○○○）○○○○　番

（事業主の注意事項）

3. 2. 1.
⑥欄㋐、㋑の「全額支給」「一部支給」とは、一日当りの賃金の全額又は、一部の意味であること。
⑥欄㋒は、「現在までも、将来も支給しない」と記載して下さい。
資格喪失後の期間にかかる請求の場合は、証明を要しません。

療養を担当した医師が意見をかくところ

傷病名	右足首骨折			
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	自宅の階段を踏み外し、転倒して右足首を骨折した。			
労務不能と認めた期間	令和　○　年　○　月　○　日から　令和　○　年　○　月　○　日まで　○　日間	左の期間中の診療実日数	○　日間	
傷病の主症状および経過概要	受診後ギプスで固定し、1週間ほど安静状態での療養であったが、4月21日にギプスを切開して理学療法を開始した。体重負荷歩行として、現在も理学療法を続けている。			
	人工透析を実施又は人工臓器を装着した日	令和　年　月　日		
	人工臓器等の種類	ア．人工肛門　イ．人工膀胱　ウ．人工関節　エ．人工骨頭 オ．心臓ペースメーカ　カ．人工透析　キ．その他（　）		
うえ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　令和　○　年　○　月　○　日まで　○　日間	入院の費用の別	健保・公費 自費・その他	

上記のとおり相違ありません。　令和　○　年　○　月　○　日

医療機関名称　○○整形外科
医療機関所在地　××県××市××町×－×－×
医師氏名　○○　○○
電話　○○　局（○○○○）○○○○　番

（事業主及び療養担当医証明欄）

訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入下さい。