

【記入例】		年	月	日			
決裁年月日		令和	年	月	日		
※支給支払決議書	支給額		円				
	支給内訳	傷病手当金	円				
		傷病手当付加金	円				
	支給開始		令和	年	月	日	
	支給期間		自	令和	年	月	日
前回	始	令和	年	月	日		
	終	令和	年	月	日		

決裁				
常務理事	事務長	係	係	台帳照合印
資格取得	年 月 日			
資格喪失	年 月 日			
標準報酬月額	千円(第 級)			
障害年金額・日額障害手当金額	円(日額 円)			
老齢(退職)年金額	円(日額 円)			
全部・一部不支給	期間	年 月 日から 日間		
	理由			
備考				

傷病手当金・傷病手当付加金請求書 (第 1 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	① 被保険者等 記号・番号	18-1234		② 被保険者の 業務の種類	事務職																	
	③ 事業所の名称 及び所在地	名称	健保商事株式会社		所在地	東京都千代田区大手町〇-〇-〇																
	④ 資格を取得した 年月日	令和	〇	年	4	月	1	日	⑤ 標準報酬月額	300,000円												
	⑥ 介護保険のサービス を受けたとき	保険者 番号			被保険者 番号			保険者 名称														
	⑦ 発病又は負傷の 年月日	令和	〇	年	5	月	1	日	⑧ 傷病名	左大腿骨頸部骨折												
	⑨ 発病又は負傷の原因	令和〇年5月1日、午前8時頃に自宅2階から1階へ降りる際に階段を踏み外したことにより左足を骨折。					⑩ 第三者行為によるものですか	いいえ ・ はい														
	⑪ 労務に服することが できなかった期間	令和	〇	年	5	月	1	日から	令和	〇	年	5	月	3	日まで	31	日間					
	⑫ 上記期間の報酬の全部又は一 部を受けたとき、又は受ける ことができるときは、その報 酬額及び期間	令和	〇	年	5	月	1	日から	令和	〇	年	5	月	1	0	日まで	10	日間	100,000	円	受けることができる報酬額	
	⑬ 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	⑦ 給付の 種別	障害年金・障害手当金		① 年金を受けることと なった年月日	年 月 日																
		⑦ 年金額			② 障害年金の基礎年金番号・年 金コード	年 月 日																
		④ 年金の支給事由と なった傷病名																				
	⑭ 任意継続被保険者 資格喪失者 の方	⑦ 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																			
		① 老齢(退職)年金の 名称	② 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	③ 受給年月日	④ 年金額																	
				年 月 日	円																	
	⑮ 振込希望の 金融機関名	金庫 銀行 組合		支店 (普通 当座 No.)																		
		⑯ 上記のとおり請求します。 令和 〇年 6月 5日																				
住所 〒170-0003 東京都豊島区駒込〇-〇-〇		被保険者の 氏名 大平 健太																				
大平洋金属健康保険組合理事長 殿																						

事 業 主 が 証 明 す る こ ろ	⑰ 労務に服さなかった期間	令和	〇	年	5	月	1	日から	令和	〇	年	5	月	3	日まで	31	日間		
	⑱ 上記の 期間中 の分と して支 払う報 酬関係	⑦ 全額支給した場合、 又は支給する場合	年 月 日から	金 円	(日額 円)														
		① 一部支給した場合、 又は支給する場合	令和	〇	年	5	月	1	日から	令和	〇	年	5	月	1	0	日まで	100,000	円
	⑰ 現在までも又、 将来も支給しない 場合は、その旨																		
	⑲ 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 〇年 6月 15日																		
住所 〒100-0004 東京都千代田区大手町〇-〇-〇																			
事業主 氏名 健保商事株式会社 代表取締役 田中一郎																			
電話 - -																			

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を 書 く こ ろ	⑳ 傷病名	左大腿骨頸部骨折		㉑ 発病又は負傷の原因	左足を強打したことによる。															
	㉒ 発病又は負傷 の年月日	年 月 日	㉓ 療養の給付を開始 した年月日	年 月 日																
	㉔ 労務不能と 認められた期間	令和	〇	年	5	月	1	日から	令和	〇	年	5	月	31	日まで	31	日間	㉕ 診療実日数	31	日間
	㉖ 上記の期間中に入院をした期間 がある場合はその期間	令和	年	月	日から	日間	㉗ 療養の費用の別	健保・公費 自費 其他												
	㉘ 傷病の主症状 及び経過 治療内容、検査結 果、療養指導等 (詳しく)	左足の骨折のため、大腿骨バンドで固定。 骨が固定するまで安静とし、固定後にリハビリを必要とする。																		
	㉙ 症状経過からみて労 務不能と認められた 医学的な所見	骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後もリハビリが必要 であったため、労務不能と判断した。																		
⑳ 上記のとおり相違ありません。 令和 〇年 6月 10日																				
住所(所在地) 〒 東京都豊島区池袋〇-〇-〇																				
医師医療機関名 〇〇整形外科																				
氏名 〇〇 〇〇																				
電話 03 - 0000 - 0000																				

委 任 状	㉑ 本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。															
	令和 〇年 6月 5日															
	被保険者の (請求者)		住所	〒170-0003 東京都豊島区駒込〇-〇-〇		氏名	大平 健太									
代理人の		住所	〒100-0004 東京都千代田区大手町〇-〇-〇		氏名	健保商事株式会社 代表取締役 田中一郎										
㉒ 振込希望の 金融機関名	金庫 銀行 組合		支店 (普通 当座 No.)													