

【記入例】この用紙はA3で印刷して下さい！

受付年月日	平成 年 月 日	決 裁			
同年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	係	係
決裁年月日	平成 年 月 日	台帳照合印			
※支給支払決議書	支給額	円			
	支給内訳	傷病手当金	円		
		傷病手当附加金	円		
	支給開始	年 月 日			
	支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間			
前回	始	年 月 日			
	終	年 月 日			
		資格取得	年 月 日		
		資格喪失	平成 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	期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
		不支給	理由		
		備考			

傷病手当金・傷病手当付加金請求書 (第 1 回目)

①被保険者証の記号・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	平成〇〇年 4 月 1 日	⑤標準報酬月額	300,000円
⑥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
⑦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
⑧発病又は負傷の年月日	平成〇〇年 5 月 1 日	⑨傷病名	左大腿骨頸部骨折
⑩発病又は負傷の原因	平成〇〇年5月1日、午前8時頃に自宅の2階から1階へ下りる際に階段を踏み外したことにより左足を骨折。		⑪第三者行為によるものですか いいえ、はい
⑫労務に服することができなかった期間	平成〇〇年 5 月 1 日から 平成〇〇年 5 月 31 日まで	31 日間	
⑬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	平成〇〇年 5 月 1 日から 平成〇〇年 5 月 10 日まで	10 日間 100,000 円 受けた報酬額 受けることができる報酬額	
⑭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	⑰年金の種類 障害年金・障害手当金	⑱年金額	⑲年金の支給事由となった傷病名
	⑳年金を受けることとなった年月日	㉑障害年金を受けている場合は基礎年金番号・年金コード	
⑮任意継続被保険者の方	㉒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
	㉓老齢(退職)年金の名称	㉔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	㉕受給年月日
			㉖年金額
			円
			円
		㉗年金の合計額	円
⑯振込希望の金融機関名	金庫 銀行・郵便局 支店 (普通 当座 №)		
⑰	上記のとおり請求します。平成〇〇年 6 月 5 日		
被保険者の氏名	住所 東京都豊島区駒込〇-〇-〇 大平 健太		
	大平洋金属健康保険組合理事長 殿		

⑱労務に服さなかった期間	平成〇〇年 5 月 1 日から 平成〇〇年 5 月 31 日まで	31 日間	
⑲上記の期間中として支払う報酬関係	㉑全額支給した場合、又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで	金 円 (日額 円) (月 日支払)
	㉒一部支給した場合、又は支給する場合	平成〇〇年 5 月 1 日から 平成〇〇年 5 月 10 日まで	金 100,000 円 (日額 円) (6 月 10 日支払)
	㉓現在までも支給しない場合は、その旨		
⑳	上記のとおり相違ないことを証明します。平成〇〇年 6 月 15 日		
事業主の氏名	住所 東京都千代田区大手町〇-〇-〇 健保商事株式会社 代表取締役 田中 一郎		
	電話 03 局 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 番		

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	平成〇〇年 5 月 1 日	㉓療養の給付を開始した年月日	平成〇〇年 5 月 1 日
㉔労務不能と認められた期間	平成〇〇年 5 月 1 日から 平成〇〇年 5 月 31 日まで	31 日間	㉕診療実日数 31 日間
㉖傷病の主症状および経過概要	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。		㉗上期の期間中に入院をした期間がある場合はその期間
			H〇〇年 5 月 1 日から H〇〇年 5 月 31 日まで 31 日間
㉘入院の費用の別	健保公費 自費その他		
㉙	上記のとおり相違ありません。平成〇〇年 6 月 10 日		
医師の氏名	住所(所在地) 東京都豊島区池袋〇-〇-〇 〇〇整形外科 〇〇 〇〇		
	電話 03 局 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 番		

㉚	私は 健保商事株式会社 を代理人と定め、次の権限を委任する。 平成〇〇年 6 月 5 日請求した傷病手当金・傷病手当付加金のうち 円也の受領に関する事。 平成〇〇年 6 月 5 日		
委任状の氏名	住所 東京都豊島区駒込〇-〇-〇 被保険者の氏名 大平 健太		
代理人の氏名	住所 東京都千代田区大手町〇-〇-〇 健保商事株式会社 代表取締役 田中 一郎		
㉛振込希望の金融機関名	金庫 銀行・郵便局 支店 (普通 当座 №)		

領収書の受領者氏名	住所 大平洋金属健康保険組合理事長 殿		
	受領者住所 氏名		

記入方法については裏面の記載事項を御覧の上御記入下さい。