

受付年月日	年月日	決 裁				
同年月日	年月日	理事長	常務理事	事務長	課長	係
決裁年月日	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	年月日				
	支給期間	自	年月日	日間		
		至	年月日	日間		
	前回	始	年月日	全部・一部不支給	期間	年月日から 日間
終		年月日	理由	年月日まで 円		
		備考				

## 傷病手当金・傷病手当付加金請求書 (第 回目)

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の 記号・番号	-		②被保険者の業務の 種別				
	③事業所の名称及 び所在地	名称			所在地			
	④資格を取得した 年月日				⑤標準報酬月額	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	年月日			⑧傷病名			
	⑨発病又は 負傷の原因					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	年月日から			日間			
			年月日まで					
	⑫上記期間の報酬の全部又は 一部を受けた時、又は受けるこ とができるときは、その報酬額 及び期間	年月日から			日間			
			年月日まで					
			受けた報酬額			円		
			受けることができる報酬額			円		
	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	㉗年金の種類	障害年金・障害手当金	㉘年金額	㉙年金の支給事由となった傷病名			
			㉚年金を受けること になった年月日	年月日	㉛障害年金を受けて いる場合は基礎年金 番号・年金コード			
	任意 資格 喪失 被保 険者 の方	㉜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		
㉝老齢(退職)年金の名称		㉞基礎年金番号及び年金コード 又は記号番号もしくは番号		㉟受給年月日	㊱年金額			
				年月日	円			
				年月日	円			
				年月日	円			
				㊲年金の合計額	円			
⑮振込希望の金 融機関	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。 年月日								
被保険者の 住所 氏名		㊳						

ミドリ安全健康保険組合理事長 殿

事業主が証明するところ	⑰ 労務に服さなかった期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	
	⑱ 上記の期間中の分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	の分として 金 円 [日額 金 円]
		㉒ 一部支給した場合、又は支給する場合	年 月 日 から 年 月 日 まで	の分として 金 円 [日額 金 円]
	㉓ 現在までも、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。		年 月 日	
事業主 住所 氏名	電話 局 [ ⑳ ] 番			

療養を担当した医師が意見を書くところ	⑳ 傷病名		㉑ 発病又は負傷の原因		
	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	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	㉕ 診療実日数	日間
	㉖ 疾病の主症状および経過概要	㉗ 上記の期間中に入院をした期間がある場合はその期間		年 月 日 から 年 月 日 まで	日間
		入院費用の別		健 保 ・ 公 費 自 費 ・ そ の 他	
⑲ 上記のとおり相違ありません。			年 月 日		
医師 住所(所在地) 医療機関名 氏名	電話 局 [ ㉘ ] 番				

委任状	⑲ 私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	年 月 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こと。
	年 月 日	
	被保険者の住所 (請求者) 氏名	⑳
	代理人の住所 氏名	㉑
⑳ 振込希望の機関名	金庫 銀行 組合	支店 普通座 NO.

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。)	<input type="text"/>
---	----------------------