

受付年月日	年 月 日	決 裁			
伺 年 月 日	年 月 日	常務理事	事務長		係
決 裁 年 月 日	年 月 日				
支給額	支給額	円			
	支給内訳	傷病手当金	健康保険組合が記入します		
支払	支給内訳	傷病手当附加金	円		
	資格取得	資格取得	年 月 日		
決議	資格喪失	資格喪失	年 月 日		
	標準報酬月額	標準報酬月額	千円(第 級)		
書	支給開始	支給開始	年 月 日		
	支給期間	支給期間	年 月 日から 年 月 日まで		
前回	始	始	年 月 日		
	終	終	年 月 日		
備考	備考				

傷 病 手 当 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	1234	② 被保険者の業務の種別	事務職	
	③ 事業所の名所及び所在地	名称 ○○○株式会社	所在地	京都市下京区四条通烏丸東入長刀鉾町20	
	④ 資格を取得した年月日	昭和30年5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	記入不要	発行	
	⑦ 発病又は負傷の年月日	平成21年4月3日	⑧ 傷病名	△△△△病	
	⑨ 発病又は負傷の原因	○○○○○○○○○○○○			
	⑩ 労務に服することができなかった期間	平成 21年 5月 1日	31日間		
	⑪ 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 21年 5月 31日まで	日間		
	⑫ 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	年金の種類	障害年金・障害手当金	⑬ 年金の支給事由となった傷病名	障害年金受給者のみ記入
	⑬ 振込希望	銀行	支店 (普通)) 名義	
⑭	上記のとおり請求します。 平成○○年○○月○○日				
	住所	京都市下京区四条通烏丸東入○×町1-2-3			
	被保険者の氏名	宝 太郎 (印)			
		宝グループ健康保険組合理事長 殿			

事業主が証明するところ	⑮ 労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	
	⑯ 上記の期間中として支払う報酬関係	⑰ 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 金 円 (日額 金 円) (月 日支払)
		⑱ 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) (月 日支払)
	⑲ 現在までも又将来も支給しない場合はその旨	会社が記入します		
⑳	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日			
	住所	事業主 氏名 (印)		
	電話	局() 番		

療養を担当した医師が意見を書くところ	⑮ 傷病名	⑯ 発病又は負傷の原因		
	⑰ 発病又は負傷の年月日	⑱ 療養の給付を開始した年月日		
	⑲ 労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	⑳ 診療実日数	日間
	㉑ 傷病の主症状および経過概要	医師の証明欄		
㉒	上記のとおり相違ありません。 年 月 日			
	住所	医師 氏名 (印)		
	電話	局() 番		

委任状	㉓ 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のうち		
	金	円也の受領に関すること。 平成○○年 △△月 ××日		
	被保険者の住所	京都市下京区四条通烏丸東入○×町1-2-3		
	被保険者の氏名	宝 太郎 (印)		
	代理人の住所	(印)		
	代理人の氏名	(印)		
㉔	振込希望	銀行 支店 (普通)) 名義		

領収書	㉕ 金	円也但し 年 月 日		
		上記の金額を領収いたしました。 宝グループ健康保険組合理事長 殿		
	受領者の住所	氏名 (印)		
		記入不要		