

支 給 決 定 伺

起案年月日		年	月	日
決		裁		
常務理事	事務長	係	台帳照合	

平均標準報酬月額		支 給 期 間			支給日数	回 数	支 給 決 定 額								
円		自	年	月	日										
		至	年	月	日										円
前回迄の支給期間		自	年	月	日	全部・一部	期間	年 月 日～ 年 月 日							
		至	年	月	日	不 支 給	理由								
資格関係照合済		取得	年	月	日	支給内訳	傷病手当金	円							
		喪失	年	月	日		付 加 金	円							
手当金	法 99 条 月 日～ 月 日 日間× 円＝ 円														
	平均標準報酬 月額の日額 円×2/3＝ 円…①（1円未満四捨五入） 支給日額①－②＝ 円														
	控除額…諸手当 円×1/30日＝ 円 銭…②（1円未満端数切り捨て）														
付加金	平均標準報酬月額の日額 円×0.1× 日＝ 円														

傷病手当金・付加金請求書（第 回目）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の		記号		番号		支給開始時の標準報酬月額		千円											
	傷病名						事業所の名称													
	発病又は負傷の年月日			年		月		日		発病又は負傷の原因										
	上の傷病名に対して障害年金等を受給していますか (はいの場合、年金の種別に○と年金証書写し添付)					はい・いいえ		年金の種別		障害厚生年金・障害手当金										
						年金支給となった傷病名														
	上の傷病名は労災、第三者行為によるものですか					はい・いいえ		(第三者行為の場合は「第三者行為の負傷届提出」)												
	労務に服することが できなかった期間		年				月		日から		左記の期間中において 報酬の全部又は一部を 事業主から受けたかどうか		ア. 全部受けた イ. 一部受けた ウ. 受けられない							
			年				月		日まで											
						日間														
退職後請求の場合は振込先			銀行									支店（普・当）口座番号								
上記のとおり請求します。										平成			年		月		日		受付年月日	
住所 被保険者の 氏名										合同製鐵健康保険組合理事長 殿										

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)

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		年 月 日から 年 月 日まで				日間	左記の期間に対して 賃金を支給しましたか		☐ はい ☐ いいえ										
	賃金支払状況	年 月 日～	年 月 日	日間 (手当)	円															
		年 月 日～	年 月 日	日間 (手当)	円															
		年 月 日～	年 月 日	日間 (手当)	円															
	労務に服さなかった期間の勤怠《勤務表等写しでも可》										【出勤→○ 年休→△ 公休→／ 欠勤→×】									
	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																		
	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																		
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																			
上記のとおり相違ないことを証明します。										平成 年 月 日										
事業所所在地																				
事業所名称																				
事業主氏名										㊞										

委任状	私は				を受任者と定め、次の権限を委任する。		
	平成	年	月	日	に請求した傷病手当金・付加金のうち金		円の受領に関すること。
	平成	年	月	日			
	委任者(被保険者)の				住所 氏名	(印)	
	受任者の				住所 氏名	(印)	

療養担当した医師が意見を書くところ	傷病名								
	発病または負傷の原因								
	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	
	労務不能と認めた期間	年	月	日から	日間	左の期間中の診療実日数	年	月	日
		年	月	日まで					
	傷病の主症状及び経過の概要								
	人工透析を実施又は人工臓器を装着したとき	人工透析を実施又は人工臓器を装着した日			昭和・平成 年 月 日				
		人工臓器等の種類	ア. 人工肛門 オ. 人工透析	イ. 人工関節 カ. その他（	ウ. 人工骨頭	エ. 心臓ペースメーカー	）		
労務不能期間のうち入院した期間	年	月	日から	日間					
	年	月	日まで						
上記のとおり相違ありません。	平成 年 月 日								
住所（所在地）									
医療機関名									
医師の氏名	㊞ 電話 （ ）								