月給付（No.　　）

| 支給決定伺 | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 常務理事 | | 係 | | 係 | | 係 | | | 月 |
| 資格取得・喪失 | S・H・R　年　月　日　取得 | | | | H・R　年　月　日　喪失 | | | | 日 |
| 前回までの支給期間 | H・R　年　月　日　～ | | | | H・R　年　月　日　日間 | | | | 決 |
| 支給期間 | H・R　年　月　日　～ | | | | H・R　年　月　日　日間 | | | | 定 |
| 標準報酬月額 | 円 | | 傷病手当金支給額 | | ,　,　円 | | | | |
| 傷病手当金日額 | ,　円 × 日 | | 付加金支給額 | | ,　,　円 | | | | |
| 傷病手当金付加金日額 | ,　円 × 日 | | 合　計 | | ,　,　円 | | | | |

# 傷病手当金申請書（第　回）

**被保険者（申請者）記入欄**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 被保険者等記号・番号 | ― | 事業所の名称 | |
| 傷病名 | ＊医師意見欄と同様に記入ください | 発病又は負傷の年月日 | ＊医師意見欄と同様に記入ください H・R　年　月　日 |
| 発病又は負傷の原因 | ＊医師意見欄と同様に記入ください | | |
| 労務に服することができなかった期間 | H・R　年　月　日　～　H・R　年　月　日　日間 | | |
| 病院又は診療所に入院したとき | 所在地<br>名称<br>H・R　年　月　日 ～ H・R　年　月　日　日間 | 障害年金・障害手当金公的年金等の受給有無 | 有・無 |
| | | 負傷は交通事故又はその他第三者によるものですか | はい・いいえ |

石原産業健康保険組合理事長　殿　　年　月　日

上記によって請求します。

被保険者の住所 〒

被保険者氏名　　㊞　　生年月日 S・H・R　年　月　日

**療養担当医師意見欄**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 傷病名 | | 発病又は負傷の年月日 | H・R　年　月　日 | | |
| 発病又は負傷の原因 | | | | | |
| 労務不能と認めた期間 | H・R　年　月　日　～　H・R　年　月　日　日間<br>（うち入院期間　　） | | | | |
| 療養実日数 | 日 | 療養費用の別 | 健保・公費・自費・その他 | 転帰 | 治癒・中止・繰越・転院 |
| 傷病の主症状経過概要及び参考事項 | | | | | |

上記のとおり相違ありません。　　年　月　日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師氏名　　㊞

**事業主証明欄**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 労務に服しなかった期間（土日含む） | H・R　年　月　日 ～ H・R　年　月　日（　日間） | | ※待機期間を（含む・含まない） |
| 上記期間中に支給した報酬額及び期間 | H・R　年　月　日 ～ H・R　年　月　日（　日間）　円 | | |
| 年　月 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15<br>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 全欠 | ＊勤務状況を下記表示<br>出勤 → ○<br>有給 → △<br>公休 → ●<br>欠勤 → ／ |
| 年　月 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15<br>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 全欠 | |

上記のとおり相違ないことを証明します。　　年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

※給付は事業主委任が基本となります（給与に合わせて支給）。公金口座受取を希望される方は「保険給付について公金受取口座を利用することの届出」をあわせてご提出ください。

2024.12