

【受付印】

記入例

支給支払決議書				
常務理事	事務長	係		不支給の場合
				○
資格取得年月日		年 月 日		
資格喪失年月日		年 月 日		
支給額		円		
支給	傷病手当金	円		
内訳	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			
前回	始	年 月 日		
	終	年 月 日		
傷手日額(付加金日額)		円 (円)		
障害年金額・日額障害手当金額		円 (日額 円)		
全部・一部不支給		期間	年 月 日から 日間 年 月 日まで 円	
		理由		
		備考		

傷病手当金・傷病手当付加金請求書(第 ○ 回目)

被 保 険 者 記 入 欄	記号番号	1 - 123456		氏名	健保太郎	
	被保険者の	住所	大阪市西区京町堀3-3-3			
		仕事内容	経理事務 <small>(資格喪失後の継続給付の場合は退職前の仕事内容を記入)</small>			
	発病又は負傷の年月日	令和×年×月×日		傷病名	右手首骨折	
	発病又は負傷の原因	休日にスノボをしていて転倒し、手を付いた際に骨折した。			第三者行為によるものですか <input checked="" type="radio"/> いいえ・はい	
	労務に服することができなかった期間	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日から	○ 日間			
	上記期間に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	令和 △ 年 △ 月 △ 日から	△ 日間			
		令和 △ 年 △ 月 △ 日まで	受けた報酬額	*** 円		受けることができる報酬額
	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	年金の受給がある場合はこの欄に必ず記入すること		事由となった傷病名	障害年金を受けている場合は障害年金証書の記載内容	
	受取方法 (①②いずれか記入)	①在籍中の会社へ委任して下さい	私は本申請に基づく給付金の受領について事業所代理人に委任します。 令和 × 年 × 月 × 日 被保険者の氏名 健保太郎			
②上記以外振込先を記入して下さい(任継者は記入不要。登録口座へ振込)		銀行 信金・信組 労金・農協	本店・出張所 支店・営業部	普通・当座		
	口座番号	(フリガナ) 口座名義		()		

事業主 証明 欄	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から	日間	
		令和 年 月 日まで		
	上記の期間中の分として支払う報酬関係	全額支給した場合、又は支給する場合	令和 年 月 日から	日間
			令和 年 月 日まで	
	一部支給した場合、又は支給する場合	令和 年 月 日から	日額 円	
		令和 年 月 日まで	の分として 円 円	
	現在までも又、将来も支給しない場合は、その旨	<h2>事業主記入欄</h2>		
上記のとおり相違ないことを証明します。				
	住所	令和 年 月 日		
	事業主 名称			
	代表者			
	電話	局() 番		

療養を 担当 した 医師 の 意 見	傷病名	発病又は負傷の原因	
	発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日	初診日 令和 年 月 日
	労務不能と認めた期間	令和 年 月 日から	日間 診療実日数 日間
		令和 年 月 日まで	
	傷病の主症状および経過概要	<h2>病院で証明してもらって下さい</h2>	
	上記のとおり相違ないことを証明します。		
	住所	令和 年 月 日	
	医師 氏名		
	電話	局() 番	

備考欄	
-----	--

記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載して下さい。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

【受付印】

記入例
(本人死亡の場合)

支給支払決議書				
常務理事	事務長	係		不支給の場合
資格取得年月日		年	月	日
資格喪失年月日		年	月	日
支給額		円		
支給	傷病手当金	円		
内訳	傷病手当付加金	円		
支給開始	年	月	日	
支給期間	自	年	月	日
	至	年	月	日
前回	始	年	月	日
	終	年	月	日
傷手日額(付加金日額)		円(円)		
障害年金額・日額障害手当金額		円(日額円)		
全部・一部 不支給	期間	年	月	日から
	理由	年	月	日まで
備考				

事業主 証明欄	労務に服さなかった期間	令和	年	月	日から	日間
		令和	年	月	日まで	
	全額支給した場合、又は支給する場合	令和	年	月	日から	日間
		令和	年	月	日まで	
上記の期間中の分として支払う報酬関係	一部支給した場合、又は支給する場合	令和	年	月	日から	日間
		令和	年	月	日まで	の分として
	現在までも又、将来も支給しない場合は、その旨					円
上記のとおり相違ないことを証明します。						
令和 年 月 日						
住所						
事業主 名称						
代表者						
電話 局() 番						

事業主記入欄

被保険者の氏名の下に、「請求人」と明記した法定相続人の氏名を記入

傷病手当金・傷病手当付加金請求書(第〇回目)

被 保 険 者 記 入 欄	記号番号	1 - 123456	氏名	健保太郎 (請求人) 健保花子
	住所	大阪市西区京町堀3-3-3		
	仕事内容	経理事務 (資格喪失後の継続給付の場合は退職前の仕事内容を記入)		
	発病又は負傷の年月日	令和*年*月頃	傷病名	肺癌
	発病又は負傷の原因	不明	第三者行為によるものですか いいえ・はい	
	労務に服することができなかった期間	令和〇年〇月〇日から	〇	日間
	上記期間に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	令和△年△月△日から	△	日間
		令和△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
	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こと	年金の受給がある場合はこの欄に必ず記入すること		
受取方法①在籍中の会社へ委任して下さい	私は本申請に基づく給付金の受領について事業所代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者の氏名			
受取方法②上記以外振込先を記入して下さい(任継者は記入不要。登録口座へ振込)	大阪	銀行	本店	
口座番号	9876543	(フリガナ)	(ケンポ ハナコ 健保 花子)	

療養を担当した医師の意見	傷病名	発病又は負傷の原因	
	発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日	初診日 令和 年 月 日
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から	日間 診療実日数 日間
		令和 年 月 日まで	
傷病の主症状および経過概要	病院で証明してもらって下さい		
上記のとおり相違ないことを証明します。			
令和 年 月 日			
住所			
医師 氏名			
電話 局() 番			

備考欄	記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載して下さい。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)
-----	---

【添付書類】
①被保険者との続柄がわかる書類(戸籍謄本の写し等)