支給決定

常務理事	総務課長	課長代理	支給算定額の計算式	円×2/3×　日＝　円	支給決定額
					円
			前回までの支給期間	自　年　月　日より	
	給付	資格		至　年　月　日まで	
			支給期間	年　月　日から 年　月　日まで	日間

傷病手当金請求書

①（第　回目）

被保険者が記入するところ	② 被保険者証の記号と番号	記号 番号	③ 被保険者の氏名	㊞
	④ 被保険者現住所	〒　－		
	⑤ 事業所の名称		⑥ 被保険者の標準報酬月額	千円
	⑦被保険者資格取得日	昭・平・令　年　月　日	⑧あなたのしていた仕事の内容（業種）	
	⑨発病又は負傷年月日	昭・平・令　年　月　日	⑩傷病名	
	⑪ 発病・負傷の原因又は状況をくわしく		⑫第三者行為によるものですか	はい ・ いいえ
	⑬ 疾病又は負傷で療養をするため休んだ期間	年　月　日から 年　月　日まで		日間
	⑭ うえの⑬に書いた期間の分の報酬（給料）を受けましたか又は受けられますか	受けた ・ 受けない ・ 受けられる ・ 受けられない		
	⑮報酬(給料)支払を受けたとき又は受けられるときは、その報酬の額とその報酬額支払の期間日	年　月　日から 年　月　日まで	の分	円
	⑯ うえの⑬に書いた期間の中に入院した期間がありますか			ある ・ ない
	⑰入院した期間があるときは記入	病院名		所在地
		入院期間	年　月　日から　年　月　日までの　日間	
		上記の期間の入院費用の区分に〇を記入	健康保険・自費・公費・労災・その他	
	⑱ 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか	障害厚生年金又は障害手当金の受給となった傷病名		基礎年金番号
	いいえ ・ 請求中 ・ はい			
	⑲資格喪失者及び任意継続被保険者の方	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	いいえ ・ 請求中 ・ はい	
		年金コード又は記号番号もしくは番号		年金額
				円

※ 受　付　日

水産連合健康保険組合理事長殿
上記により請求します。
年　月　日
被保険者(申請者)氏名　㊞

うえの請求金額の受領を　に委任します。
年　月　日
被保険者(申請者)氏名　㊞

うえの受領に関する委任を受託します。
年　月　日
委任者氏名　㊞

領　収　証
うえの請求に対する給付金として金　円也を領収しました。
年　月　日
受領者氏名　㊞

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
うえの期間中の分として支払う報酬関係	a. 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	円　（　月　日支払）
	b. 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	円　（　月　日支払）
	c. 労務に服さなかった期間の分として報酬を支給しない場合はその理由		

うえ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　　㊞

療養を担当した医師が意見をかくところ					
傷病名	Ⅰ		療養の給付開始年月日（初診日）	Ⅰ　年　月　日	
	Ⅱ			Ⅱ　年　月　日	
	Ⅲ			Ⅲ　年　月　日	
発病又は負傷の原因			労務不能と認めた期間	年　月　日から 年　月　日まで	日間
発病又は負傷年月日	年　月　日		労務不能期間中の入院期間	年　月　日から 年　月　日まで	日間
診療実日数	日	診療日を○で囲んでください	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	
療養費用の区分	1・健康保険　2・自費　3・公費　4・その他（　　）		転帰	1・継続　2・転医　3・中止　4・治癒	

◎ 労務不能と認めた期間について「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等くわしく記入してください。
又、記載内容が簡略な場合は、支給決定が出来ない場合があります。

労務可能年月日　　年　月　日頃

上記のとおり相違ありません。　　年　月　日

医療機関　所在地
名称

医師の氏名　　㊞　　電話　（　　）