

傷病手当金支給決定伺

支給額					常務理事	事務長	係長	係	資格	得喪	年 月 日
											年 月 日
支給期間	自	年	月	日	日間				前回迄	自	年 月 日
	至	年	月	日						至	年 月 日
支給基礎	法第99条						待定期間		自	年 月 日	
	法第108条適用		期間	自	年 月 日	至	年 月 日	日間	至	年 月 日	3日間
					金額		円	標準報酬月額		千円	千円

傷病手当金請求書 (第 回) (健則第84条)

注 傷病が第三者の行為による場合は別に「負傷原因書」と「第三者行為による事故届」をこの請求書に添付してください。障害手当金の支給を受ける場合はその支払通知書の写しを添付してください。老齢退職年金給付の年金証明書又はこれに準ずる書類の写し、その額及びその支給開始年月を証明する書類並びにその直近の額を証明する書類（年金額改定通知書等）を添付してください。

被保険者証の記号・番号	記号 一 番号		ふりがな	
被保険者の住所	被保険者の氏名			
事業所の名称			被保険者の業種の種別	
発病又は負傷の年 月 日	平成 令和	年 月 日	傷病名	
発病又は負傷の原因を詳しく記入してください				
疾病又は負傷の療養をするため休んだ期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	左の期間中に老健法による医療を受けた場合は医療受給者証の	市町村番号 受給者番号 発行期間名
上に書いた期間の分の報酬を受けましたか又はうけられますか	受けた ・ 受けない ・ 受けられる ・ 受けられない			
報酬支払を受けたとき又は報酬をうけられるときはその報酬の額とその支払の基礎となった期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	の分として	円
休んだ期間中に入院しましたか	した ・ しない			
入院したとき	病院名	病院の所在地		
	入院した期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間
	被扶養者があるときはその方の	氏名	生 年 月 日	被保険者との続柄
			S H R 年 月 日	
障害年金の別	障害年金又は障害手当金が受けられるようになった年月日	障害年金又は障害手当金の額	障害年金又は障害手当金が受けられるようになった傷病名	障害年金証書の基礎年金番号
障害年金・障害手当金	年 月 日	円		—
老齢年金について	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
	年金コードまたは基礎年金番号			年 金 額
				円
資格喪失者（任意継続被保険者）の方				円
	年金の合計額			円
振込希望口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は以下の欄に 被保険者名義口座 を記入してください)			
	銀行・農協	本店	口座番号	当座
	信用金庫	支店		普通

事業主が証明するところ	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		
	上の期間中 の分として の支払関係 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	の分	円
			令和	年	月	日まで	月	日 支払
一部支給した場合 又は支給する場合		令和	年	月	日から	の分	円	
		令和	年	月	日まで	月	日 支払	
現在までも又 将来も支給しない 場合は、その旨								
上記のとおり相違ないことを証明します。								
令和 年 月 日								
住所又は所在地								
事業主								
氏名又は名称								

療養を担当した医師が意見を書くところ	傷病名							
	療養開始年月日	令和	年	月	日			
	発病又は負傷した年月日	令和	年	月	日			
	発病又は負傷の原因							
	労務不能と認められた期間	令和	年	月	日から	左記期間中の 診療実日数	日間	
		令和	年	月	日まで			
		日間						
	傷病の主症状 および 経過概要	〔詳しく記入してください〕						
労務不能と認められた期間中における入院期間	令和	年	月	日から	入院費用別	健保・自費・その他		
	令和	年	月	日まで				
	日間							
上記のとおり相違ありません。								
令和 年 月 日								
住所								
医療機関								
医師 名称								
氏名								
電話 ()								