

支給決定伺

年	月	日	伺出
年	月	日	決議
年	月	日	施行

常務理事	事務長	事務課(係)長	係	資格	得	年	月	日	支給済	自	年	月	日			
					喪	年	月	日		至	年	月	日			
支給決定額				報酬月額	日額	千円	円	今回支給期間	自	年	月	日	至	年	月	日
法定	円			算定	法定給付金	円 × $\frac{\quad}{100}$ ×		日	=	円						
付加	円				付加金	円 × $\frac{\quad}{100}$ ×		日	=	円						
合計	円															
備考																

事業所担当者印		健康保険		傷病手当金・傷病手当付加金請求書		(第 回目)		
				令和 年 月 日提出				
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号と番号	記号	番号	フリガナ	被保険者の氏名・生年月日	昭和・平成 年 月 日生	㊞	
	被保険者の現住所	〒 - 電話						
	被保険者の所属先(課・係名)					被保険者の業務の種類		
	発病又は負傷の日	平成・令和 年 月 日	傷病名					
	発病の状態又は負傷の原因を詳しく						第三者行為によるものですか	はい・いいえ
	労務に服することができなかった期間	平成・令和 年 月 日から	平成・令和 年 月 日まで	日間				
	上記期間の報酬額の全部又は一部を受けた(受けられる)とき	平成・令和 年 月 日から	平成・令和 年 月 日まで	日間	受けた報酬額	円		
	障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか。			はい・いいえ・請求中	年 月から受給			
	受給原因となった病名			基礎年金番号				
	任意継続被保険者の方	資格喪失者		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。		はい・いいえ・請求中		
		老齢(退職)年金の名称	年金コード又は記号番号若しくは番号	受給年月日	年金額			
				年 月 日	円			
介護保険のサービスを受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名					
給付金振込先	銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合 農協・漁協	本店 支店 出張所	預金種別	普通・当座	口座番号			
	フリガナ							
	口座名義人							

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		平成・令和 年 月 日から	日間	
			平成・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	(イ) 全額支給した場合	平成・令和 年 月 日から	金 円( 月 日支払)	の分
		又は支給する場合	平成・令和 年 月 日まで	[日額 円]	
	(ロ) 一部支給した場合	平成・令和 年 月 日から	金 円( 月 日支払)	の分	
又は支給する場合		平成・令和 年 月 日まで	[日額 円] ( 日分)		
(ハ) 現在までも又は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					
事業所所在地					
事業所名称					
事業主氏名 <span style="float: right;">印</span>					

療養を担当した医師が意見をかくところ	傷 病 名				
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因				
	発病又は負傷の日	平成・令和 年 月 日	療養の給付を開始した年月日 (初診日)	平成・令和 年 月 日	
	労 務 不 能 と 認 め た 期 間	平成・令和 年 月 日から	日間	左の期間中の診療実日数	日間
		平成・令和 年 月 日まで			
	傷 病 の 主 症 状 及 び 経 過 概 要	上記「労務不能と認められた期間」における主たる症状および経過「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)  症状経過からみて従来の職種について労務不能とみられた医学的な所見			
	上 記 に 期 間 中 に 入 院 し た 期 間 が あ る 場 合 は そ の 期 間	平成・令和 年 月 日から	日間	入 院 の 費 用 の 別	健保・自費・公費
		平成・令和 年 月 日まで			
上記のとおり相違ないことを証明します。					
令和 年 月 日					
医療機関の所在地					
医療機関の名称					
医師の氏名 <span style="float: right;">印</span>					
電話 ( )					