

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 × _____ × _____ 日 = _____ 円 | | | 100 | | | | | | | | | |
| 付加 | 円 | | 付加金 | 円 × _____ × _____ 日 = _____ 円 | | | 100 | | | | | | | | | |
| 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1回目)

令和〇年〇月〇日提出

| | | | | | | | |
|--|-------------------------------|---|--------------|----------------------|--|------|--|
| 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 1000 | 番号 123456 | フリガナ 被保険者の氏名・生年月日 | ケンポ タロウ 健保 太郎 昭和・平成 40年 10月 13日生 | 印 | |
| | 被保険者の現住所 | 〒 111 - 1111 神奈川県横浜市〇〇区〇〇町1-1-1 電話 888-888-8888 | | | | | |
| | 被保険者の所属先(課・係名) | TDK株式会社 本社〇〇課〇〇係 | | | 被保険者の業務の種類 | 〇〇〇〇 | |
| | 発病又は負傷の年月日 | 平成・令和 29年 4月 10日 | 傷病名 | 大腿骨骨折 | | | |
| | 発病の状態又は負傷の原因を詳しく | 自宅の階段にて転倒した | | | 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 29年 4月 13日から 平成・令和 29年 4月 30日まで | | 18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 | 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 | | |
| | | 資格喪失者 | 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 | |
| | | | | | 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 | 平成 令和 年 月 日 | | | |
| | 上期のし払酬 | ※この欄は事業主で記入いただき、押印が必要です※ | | 日支払) |
| | | | | 円] |
| | (イ) | | | 日支払) |
| 円] | | | | |
| | | | 日分) | |
| | | | 日 | |
| | 事業所名称 | | | |
| | 事業主氏名 | | 印 | |

| | | | |
|---------------------|--------------------------------|---------------|----------|
| 療養を担当した医師が意見をかくところ | 傷 病 名 | | |
| | ※この欄は医療機関で記入していただき、医師の押印が必要です※ | | 月 日 |
| | | | 日間 |
| | | | し) |
| | | | |
| | 入院した期間がある場合はその期間 | 平成・令和 年 月 日まで | 日間 |
| | | | 健保・自費・公費 |
| 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 | | | 印 |
| 電話 | | () | |