

受付年月日	年 月 日	決 裁			
伺年月日	年 月 日				
決裁年月日	年 月 日				
支給支払決議書	支給額	円			
	支給内訳	傷病手当金	円	資格取得	年 月 日
		傷病手当附加金	円	資格喪失	年 月 日
	支給開始	年 月 日	標準報酬月額	千円(第 級)	
	支給期間	自 年 月 日	障害年金額・日額障害手当金額	円(日額) 円	
		至 年 月 日 日間	老齢(退職)年金額	円(日額) 円	
前回	始	年 月 日	全部・一部 不支給 理由	期間	年 月 日から 日間
	終	年 月 日		年 月 日まで	円

傷病手当金・傷病手当附加金請求書 (第 回目)

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	—		被保険者の 業務の種類別		
	事業所の名称 及び所在地	名称		所在地		
	資格を取得 した年月日	年 月 日	標準報酬月額	000円		
	介護保険サー ビスを受けたとき	保険者 番号	被保険者 番号	保険者 番号		
	発病又は負傷 の年月日	年 月 日	傷病名			
	発病又は 負傷の原因					第三者行為によるものですか
						いいえ ・ はい
	労務に服すことが できなかった期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間		
	上記期間の報酬の全 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	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間		
	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	年金の種類別	障害年金・障害手当金	年金額	年金の支給 事由となっ た傷病名	
		年金を受ける こととなった 年月日	年 月	障害年金を受けている場合は 基礎年金番号・年金コード		
	任意 資格 喪失 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 ・ 請求中 ・ いいえ
		老齢(退職) 年金の名称	基礎年金番号及び年金コード 又は記号番号若くしは番号		受給年月日	年金額
				年 月	円	
				年 月	円	
				年 月	円	
			年金の合計額	円		
振込希望の 金融機関名	金庫 銀行 組合				支店 (普通・当座 NO. )	
上記のとおり請求します。					年 月 日	
被保険者の住所 氏名						

藤倉コンポジット健康保険組合理事長 殿

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
	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	年 月 日 から 年 月 日 まで の分として 金 円 [日額 ( 月 日支払) 金 円]
		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 の分として 金 円 [日額 ( 月 日支払) 金 円]
	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。 年 月 日 住 所 事業主 氏 名 電話 ( )			

療養を担当した医師が意見を書くところ	傷 病 名	発病又は負傷の原因		
	発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	年 月 日	療養の給付を開始した 年 月 日	
	労 務 不 能 と 認 め た 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間 診療実日数 日間	
	傷 病 の 主 症 状 お よ び 経 過 要 概	上記の期間中に入院をした期間がある場合はその期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間
		入院費用の別		健 保 ・ 公 費 自 費 そ の 他
上記のとおり相違ありません。 年 月 日 住 所 (所在地) 医 師 医 療 機 関 名 氏 名 電話 ( )				

委任状	私は 年 月 日 請求した傷病手当金・傷病手当附加金のうち 金 円也の受領に関すること。 年 月 日 被保険者の 住所 (請求者) 氏名 代理人の 住所 氏名		
	振込希望の金融機関名	金庫 銀行 組合	支店 (普通・当座 NO. )

領収書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 藤倉コンポジット健康保険組合 殿 住所 受領者の 氏名		
-----	---	--	--