

# 支給決定伺

常務理事		事務長	係	支給期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	日額	日数	円
資格取得	令和 年 月 日	法46条	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	法定	X	=	
資格喪失	令和 年 月 日	該当	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	付加	X	=	
前回支給	令和 年 月 日まで		備考		支給金額			円

## 傷病手当金及付加金請求書 (第 回目)

<記載上の注意> ※印欄は該当の文字を○で囲んでください。

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 記号及び番号	第 00-0000号	被保険者の所属 業務の種別	所 属	業務の種別	〇〇〇	
	標準報酬月額	〇〇〇千円	氏 名	〇〇〇部	氏 名	健保 太郎	
	傷 病 名	右膝複雑骨折		発病または 負傷の年月日	令和 00年 00月 00日		
	発病または負傷 の原因	〇〇駅の階段で転倒、滑落したため		労務に服する ことができなかった 期間	令和 00年 00月 0日から 令和 00年 00月 00日まで 00日間		
事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	労務に服することができなかった期間中に報酬を受けたとき又は受けられるときはその期間と金額及び理由						
	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間の分として 金 円			理由	出勤 ・ 有給休暇 ※ 住宅手当 ・ 通勤手当	
	入院した ときは	入院期間	令和 00年 00月 0日から	令和 00年 00月 00日まで	被扶養者のあるときは ※ <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		
		医療機関の 名称・所在地	〇〇市〇〇〇 XX大学付属病院				
医 師 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	労務に服できなかった期間		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間		
	上記の期間中に報酬を支払った とき又は支払うことになっている ときはその期間と金額		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	の分として	円	
	支払わないものであるときは その旨記入すること		( 年 月 日支払・支払予定) (日額 円)				※ 支払わない
	上記のとおり相違ないことを証明します 令和 年 月 日 事業主の住所・氏名						
委 任 状	傷 病 名		発病又は 負傷の原因				
	発病又は負傷 の年月日		療養の給付 開始年月日	令和 年 月 日			
	労務不能と 認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	左の期間中の診療実日数	日		
				最終診療日	月 日		
				最終診療日における投薬日数	日分		
	主症状及び 経過の概要					(受付日付印)	
	入院期間	令和 年 月 日入院	令和 年 月 日退院	(支払日付印)			
	傷病か結核性か否か	※ 結核 ・ 非結核					
	令和 年 月 日	医師の住所・氏名					
	この傷病手当金及付加金の受領を _____ に委任します						
	請求者氏名						