

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 付加	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	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 号	被保険者の所属 業務の種別	所 属	業務の種別	氏 名
	標準報酬月額	千円	氏 名			㊟
	傷 病 名			発病または 負傷の年月日	令和 年 月 日	
	発病または負傷 の原因			労務に服する ことができな かった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 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つ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 医療機関の 名称・所在地	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	被扶養者のあるときは ※ 有 無		
	労務に服さなかつた期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間		
医 師 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	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
	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)			
	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 ㊟					
	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		㊟				
委任状	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 ㊟					