

該当するところを○でかこんでください。「はい」の場合には「第三者行為による傷病届」を添付してください。

実際に支給した給料ではなく本来支給すべき額を記入してください。

療養のため仕事を休んだ期間を記入してください。

就労状況は、給料の締切単位に記入してください。

このわく内は記入しないでください。

この住所に、通知書を送付しますので、正確に記入してください。アパートは「棟・号」までを、同居のときは、「〇〇方」と記入してください。

負傷の原因を詳しく記入してください。この欄に書ききれないときには、「負傷届」を添付してください。

⑩欄の期間中に、報酬の支払を受けたときは、その額と期間を記入してください。

給付金の受領を代理人に委任しないときは、記入しないでください。

預金通帳をみて、正確に記入してください。

傷病手当金支給決定伺

資格	年月日	支給決定金額	常務理事	事務長	課長	係
支給期間	年月日から 年月日まで	標準報酬月額 円				
前回までの支給期間	年月日から 年月日まで	法第108条該当金 円				

健康保険傷病手当金請求書 (第1回)

① 被保険者証の記号: 167 ② 被保険者(請求者)の氏名と印: 岐阜 一郎

③ 被保険者(請求者)の住所: 岐阜市西問屋町1-10

④ 事業所の名称: 岐阜繊維株式会社

⑤ 被保険者の生年月日: 1944年10月4日

⑥ 傷病名: (1) 肝硬変症

⑦ 発病又は負傷年月日(療養開始日): 1944年10月4日

⑧ 発病の状態又は負傷の原因を詳しく: 不詳

⑨ 第三者の行為によるものですか: はい

⑩ 療養のために休んだ期間(申請期間): 平成21年3月17日から平成21年4月8日まで 17日間

⑪ 上記⑩の休業期間に報酬を受けましたか: はい

⑫ 上記⑩で「受けた」(今後受ける)と答えた場合、その報酬支払の基礎となった(なる)期間を記入して下さい: 平成21年3月17日から平成21年4月8日まで 17日間 0.0000円

⑬ 上記⑩で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号を記入して下さい: 基礎年金番号 年金コード

⑭ 上記⑩で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号を記入して下さい: 基礎年金番号 年金コード

⑮ 労災保険から休業補償給付を受けている期間の申請ですか: はい

⑯ 退職後の請求の場合、失業給付を受ける期間の申請ですか: はい

⑰ 本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します: 平成 年 月 日

⑱ 受取代理人の氏名と印: 伊藤 三郎

⑲ 受取代理人の住所: 岐阜市西問屋町1-10

⑳ 口座番号: 0129456 口座名義人氏名: 岐阜 一郎

裏面の記載例をよく読んでください。受取代理人は、給付金の受領を第三者に委任する場合に記入してください。

②欄に記入した請求者と同一かどうか、確認してください。(代理人に委任している場合は、代理人の氏名となります。)

(注) 訂正した箇所には、必ず請求書に押された印を押してください。インク消しの使用、ナイフで削ることのないようお願いします。

事業主が証明するところ

① 労働に服さなかった期間: 平成21年3月17日から平成21年4月8日まで 17日間

② 就労状況(欠勤・欠出動……出有給……有公休……公早退……早)と該当日に表示

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公

③ 1か月分の基本給・諸手当の額 (支給の有無に関係なく記入)

④ 基本給・諸手当の支給状況(給料の締切単位に記入)

基本給 (1か月) 0.0000円	8.0000円				
住宅手当 無 (1か月) 2.0000円	2.0000円				
通勤手当 無 (1か月) 5.0000円	2.0000円				
家族手当 有 (1か月) 円					
役付手当 (1か月) 1.0000円	1.0000円				
手当 (1か月) 円					
手当 (1か月) 円					
合計 (1か月) 2.5000円	112.0000円				

⑤ 給料締切日: 20日 ⑥ 基本給、諸手当の計算方法: 基本給、通勤手当は月額を25日で割った金額を2日増した。住宅手当役付手当は1/2割支給した。

⑦ 上記の通り相違ないことを証明します。平成21年4月25日 所在地 岐阜市西問屋町1-10 事業所の名称 岐阜繊維株式会社 事業主の氏名 伊藤三郎 電話番号 (058) 254-0171

給料の締切単位に記入してください。賃金台帳を見て、正確をお願いします。給料を支給する前に請求するときは、支給予定額を記入してください。

基本給・諸手当の計算方法を具体的に記入してください。

法人の場合は、代表者印を忘れずに押印してください。

健康保険での療養の開始日を記入してください。

該当するものを○で囲んでください。

療養を担当した医師が意見を記入するところ

① 傷病名: (1) 肝硬変症

② 発病又は負傷の原因: 不詳

③ 労務不能と認められた期間: 平成21年3月17日から平成21年4月8日まで 17日間

④ ③の期間中に入院期間: 平成21年3月25日から平成21年4月1日まで 8日間

⑤ 傷病の主な症状及び経過: 「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく) 全身倦怠感、強く食欲低下、4月1日入院、治療以後通院により経過観察

⑥ ①の期間中の診療実日数: 15日

⑦ 療養費用の別: 健保、公費、その他

⑧ 上記のとおり相違ありません。平成21年4月25日 所在地 岐阜市金家町1-10 医療機関名 伊藤病院 医師氏名 伊藤三郎 電話番号 (058) 231-4567

医療機関の印でなく、医師の印を押印してもらってください。